

# **esec**

**ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO**

---



INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE COIMBRA

Departamento de Educação

Mestrado em Gerontologia Social

## Determinantes sociais e familiares da fragilidade na pessoa idosa

Ana Margarida Alferes Santiago

Coimbra, 2019



**esec**

ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO



INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE COIMBRA

Ana Margarida Alferes Santiago

## Determinantes sociais e familiares da fragilidade na pessoa idosa

Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social apresentada ao Departamento de  
Educação da Escola Superior de Educação de Coimbra para obtenção do grau de  
Mestre

Constituição do júri

Presidente: Prof.<sup>a</sup> Doutora Sofia de Lurdes Rosas da Silva

Arguente: Prof.<sup>a</sup> Doutora Alda Dulce Pereira de Sousa Matos

Orientador: Prof.<sup>a</sup> Doutora Filipa Daniela Correia Marques da Quinta

Outubro de 2019



## **Agradecimentos**

Gostaria de deixar a minha sincera gratidão a todos aqueles que permitiram a concretização deste trabalho.

Aos meus Pais, à minha irmã pela força e ao André por todo o apoio incondicional, cumplicidade e motivação constante, sobretudo nos momentos em que a vontade de desistir prevalecia.

À Doutora Gabriela Verdade, Diretora Técnica da empresa de Serviço de Apoio Domiciliário, pelo apoio e amizade concedidos diariamente.

À Professora Filipa Marques pelo apoio e confiança depositada e ao Professor João Tavares pelo apoio exímio e pela inteira disponibilidade.

Aos meus colegas de curso por esta caminhada longa.

A todos, um agradecimento muito especial!



“A menos que modifiquemos a nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo”.

(Albert Einstein)





## **Determinantes sociais e familiares da fragilidade na pessoa idosa**

### **Resumo**

A fragilidade na pessoa idosa constitui um desafio para a nossa sociedade. Esta síndrome, altamente complexa e de natureza multidimensional, tem emergido como interesse de investigação. O objetivo do presente estudo consiste em analisar os determinantes sociais e familiares da fragilidade na pessoa idosa. Trata-se de um estudo quantitativo de tipo correlacional-descritivo na pessoa idosa residente na comunidade e que beneficia de SAD. A recolha de dados foi realizada através de um questionário de hétero-preenchimento; do PRISMA 7; do Índice Cumulativo de Fragilidade de Rockwood; do Mapa Mínimo de Relações do Idoso (MMRI) e da Escala de Gijón. A análise e tratamento de dados foram efetuados com recurso à estatística descritiva e inferencial e realizados através do Software IBM SPSS (versão 21), para um nível de significância de 5%. Os resultados obtidos revelam a associação apenas entre o género e a idade com a fragilidade na pessoa idosa. Conclui-se que os idosos do estudo apesar de frágeis sob ponto de vista biológico (mais mulheres do que homens e média de idades superior a 80 anos) não o são sob ponto de vista social.

**Palavras-chave:** pessoa idosa, fragilidade, suporte social e familiar.

## **Social and family determinants of frailty in elderly person**

### **Abstract**

Frailty in the elderly is a challenge for our society. This highly complex multidimensional syndrome has emerged as a research interest. The aim of this study is to analyze the social and family determinants of frailty in the elderly. This is a quantitative correlational-descriptive study in the elderly person living in the community and benefiting from SAD. Data collection performed through a hetero-completeness questionnaire; of the Cumulative Index of Rockwood; of the PRISMA 7; of the Minimum Map of Relations of the Elderly (MMRI) and the Gijón Scale. Data analysis and treatment of results were performed using descriptive and inferential statistics and performed through the IBM SPSS Software (version 21), at a significance level of 5%. The results reveal the association between gender and age with frailty in elderly person. It is concluded that the elderly of the study, although frailty of biological point of view (more women than men and mean age over 80 years) they are not from a social point of view.

**Keywords:** elderly person, frailty, social and family support.

## Sumário

<b>CAPÍTULO 1: ENVELHECIMENTO E FRAGILIDADE DA PESSOA IDOSA</b>	<b>5</b>
1.2 Fragilidade na pessoa idosa residente na comunidade	8
1.3 Modelos da Fragilidade	9
<b>CAPÍTULO 2: FRAGILIDADE DA PESSOA IDOSA RESIDENTE NO DOMICÍLIO: DETERMINANTES SOCIAIS E FAMILIARES</b>	<b>15</b>
2.1 Determinantes gerais	17
2.2 Determinantes sociais e familiares	17
<b>CAPÍTULO 3: ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO E DE INTERVENÇÃO DA FRAGILIDADE NA PESSOA IDOSA</b>	<b>25</b>
<b>CAPÍTULO 4: METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO</b>	<b>29</b>
4.1. Formulação do problema científico	31
4.2. Objetivo geral	31
4.3. Objetivos específicos	31
4.4. Hipóteses	31
<b>CAPÍTULO 5: MÉTODO DE INVESTIGAÇÃO</b>	<b>33</b>
5.1 Design do estudo	35
5.2 Contexto e Amostra	35
5.3 Critérios de inclusão	35
5.4 Critérios de exclusão	36
5.5 Instrumentos	36
5.6 Procedimentos	38
<b>CAPÍTULO 6: APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS</b>	<b>41</b>
6.1 Caracterização da Amostra	43
6.2 Resultados do Suporte Familiar e Social	44
6.3 Resultados da Fragilidade	48
6.4 Associação entre a fragilidade e as variáveis sociodemográficas e sociofamiliares	50
6.5 Análise e Discussão dos resultados	56
<b>Conclusão</b>	<b>61</b>

<b>Limitações do estudo .....</b>	<b>63</b>
<b>Bibliografia .....</b>	<b>65</b>
<b>Webliografia .....</b>	<b>76</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>77</b>
Anexo I – Termo de aceitação da empresa de SAD Bem-Me-Quer .....	79
Anexo II – Termo de consentimento informado dos participantes do estudo .....	83
Anexo III – Parecer Comissão de Ética da UICISA: E da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.....	87
Anexo IV – Questionário Sociodemográfico .....	91
Anexo V – Escala de Gijón .....	97
Anexo VI – Mapa Mínimo de Relações do Idoso .....	101
Anexo VII – Questionário PRISMA 7 .....	107
Anexo VIII – Índice de Fragilidade de Rockwood.....	111

## **Abreviaturas**

ABVD – Atividades Básicas da Vida Diária

AIVD – Atividades Instrumentais da Vida Diária

AVC – Acidente Vascular Cerebral

*AGG – Avaliação Global Geriátrica*

*CHS – Cardiovascular Health Study*

*CHSA – Canadian Study of Health and Ageing*

ESEnfC – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

IF – Índice de Fragilidade

MMRI – Mapa Mínimo de Relações do Idoso

*NPHS – National Population Health Survey*

*PRISMA 7 ou P7 – Program of Research on Integration of Services for the Maintenance of Autonomy*

SAD – Serviços de Apoio Domiciliário

*IFT- Indicador de Fragilidade Tilburg*

UICISA:E - Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem



## Índice de Tabelas

Tabela 1 - Caracterização da Amostra .....	43
Tabela 2 - Resultados da Escala de Gijón .....	45
Tabela 3 - Resultados do Mapa Mínimo de Relações do Idoso .....	47
Tabela 4 - Resultados do PRISMA7 por itens .....	48
Tabela 5 - Resultados do PRISMA7 por scores .....	48
Tabela 6 - Resultados do IF da amostra do estudo.....	49
Tabela 7 - Resultados da associação entre PRISMA 7 e Índice de Fragilidade .....	51
Tabela 8 - Teste da normalidade aos dois instrumentos da fragilidade .....	51
Tabela 9 - Resultados da associação do IF e as variáveis sociodemográficas e sociofamiliares .....	53
Tabela 10 - Resultados da associação entre o PRISMA 7 e as variáveis sociodemográficas e sociofamiliares.....	55





## **Introdução**

O envelhecimento é um processo que ocorre ao longo dos anos e compreende aspetos biológicos, psicológicos, sociais, culturais e económicos. Trata-se de um fenómeno universal, mas altamente heterogéneo, podendo refletir-se num envelhecimento bem-sucedido, por um lado, ou no comprometimento da funcionalidade da pessoa idosa, por outro, causando os seguintes efeitos adversos: hospitalização, institucionalização e morte. A fragilidade constitui, portanto, um campo emergente na área da Gerontologia, com interesse em averiguar o impacto desta condição na capacidade funcional da pessoa idosa.

A síndrome da fragilidade tem sido amplamente estudada e apresenta uma multiplicidade de modelos teóricos: i) Fenótipo; ii) Acumulação de défices iii) e Perspetiva Integral; não existe um consenso sobre a definição desta síndrome nem sobre a sua avaliação.

O interesse pela temática da fragilidade social na pessoa idosa tem que ver com o particular interesse em aprofundar e clarificar este conceito, altamente complexo, com vista a uma intervenção mais eficaz, e à implementação de estratégias que permitam reconhecer o estado da fragilidade e prevenir acontecimentos adversos na vida da pessoa idosa. Sob o ponto de vista científico, é importante dar continuidade ao aprofundamento de estudos para que, ao nível técnico e prático, resultem estratégias de prevenção e/ou intervenções mais eficazes e ajustadas às necessidades da população idosa, garantindo assim um envelhecimento de qualidade. No âmbito social, o estudo e aprofundamento da temática da fragilidade é relevante quer para a pessoa idosa quer para os cuidadores formais e informais. Efetivamente, este estudo e aprofundamento permite uma avaliação integral da pessoa no seu contexto natural, permite mobilizar recursos essenciais para a promoção de um envelhecimento de qualidade e para a humanização dos cuidados, centrados na pessoa e no seu contexto sociofamiliar.

O presente trabalho, encontra-se dividido em seis capítulos. O primeiro capítulo, aborda o envelhecimento e a fragilidade na pessoa idosa; o segundo capítulo, debruça-se sobre a fragilidade da pessoa idosa residente no domicílio e seus determinantes sociais e familiares; o terceiro capítulo, apresenta algumas estratégias de prevenção e de intervenção da fragilidade na pessoa idosa; o quarto capítulo, aborda a metodologia

de investigação adotada; o quinto capítulo, apresenta o método de investigação e, por último, o sexto capítulo, apresenta os resultados da investigação.

**DETERMINANTES SOCIAIS E FAMILIARES DA FRAGILIDADE NA  
PESSOA IDOSA**



## **CAPÍTULO 1: ENVELHECIMENTO E FRAGILIDADE DA PESSOA IDOSA**



## 1.1 Definição de fragilidade

Decorrente do expressivo e heterogêneo fenómeno do envelhecimento, surge o conceito de fragilidade. A fragilidade traduz uma síndrome geriátrica que descreve pessoas idosas com um elevado risco de resultados adversos, tais como incapacidade funcional, quedas, hospitalizações, institucionalização e morte (Gobbens, Luijkx, Wijnen-Sponselee, & Schols, 2010; Lippincott & Wilkins, 2014; Remor, Bós, & Werlang 2011; Fhon, Diniz, Kusumota, Haas, & Rodrigues, 2012). Esta síndrome tem sido alvo de estudo há já algumas décadas, constituindo uma prioridade na saúde pública, uma vez que afeta a qualidade de vida das pessoas mais velhas (Pinto & Coutinho, 2014). Contudo, a sua conceitualização e operacionalização carece ainda de algum consenso devido à existência de múltiplas conceções, modelos teóricos e instrumentos de avaliação.

A fragilidade pode ser entendida como um fenómeno clínico que está associado ao avançar da idade mas não se apresenta de maneira uniforme no envelhecimento. Decorre da interação de fatores biológicos, psicológicos, cognitivos e sociais ao longo de curso de vida e pode ser identificada precocemente. Representa um *continuum* resultante do impacto de *déficits* em múltiplos sistemas, principalmente no sistema neuroendócrino, imunológico e músculo-esquelético, que provoca alteração na homeostase e o consequente desencadear de efeitos adversos (declínio da capacidade funcional, institucionalização, hospitalização e morte). Traduz uma condição progressiva, porém com potencial para a prevenção e tratamento dos sintomas (Duarte, 2009:52).

Gobbens, Luijkx, Wijnen-Sponselee e Schols (2010) definiram fragilidade como um estado dinâmico que afeta o indivíduo, vivenciando perdas em um ou mais domínios do funcionamento humano (físico, psicológico, social), causado por um conjunto de variáveis, aumentando o risco de efeitos adversos (hospitalização, institucionalização e morte).

Dada a heterogênea conceitualização do conceito de fragilidade, um conjunto de especialistas europeus e americanos (Morley et al., 2012) reuniram a fim de construir uma definição consensual e clara.

Assim, Morley et al., (2012), concluíram que a fragilidade deve ser entendida como um estado clínico em que se verifica um aumento da vulnerabilidade do indivíduo quando exposto a um stressor, conduzindo à sua dependência e/ou à morte. Pode ocorrer como o resultado de um conjunto de doenças e condições médicas adversas. Traduz uma importante síndrome médica caracterizada por múltiplas causas e consequências, que se refletem na diminuição da força muscular, diminuição da resistência e na redução das funções fisiológicas. Porém, é vista como uma condição reversível, podendo ser prevenida e até mesmo tratada através do recurso a diversas estratégias, como sejam: i) exercício físico, ii) alimentação rica em proteínas, iii) suplementos vitamínicos, nomeadamente o reforço de vitamina D e iv) redução na toma excessiva de medicação (polimedicação). Por forma a promover um estado funcional ótimo, estes autores sugerem as seguintes recomendações:

- 1- os profissionais devem rastrear a fragilidade através de instrumentos simples, ajudando os profissionais a detetar, de uma forma rápida pessoas em situação de fragilidade (i.e. Escala FRAIL);
- 2- pessoas com 70 anos ou mais devem realizar rastreio;
- 3- pessoas em que se verifique perda de peso significativa ( $\geq 5\%$ ) devido à presença de doenças crónicas, devem ser rastreadas quanto ao seu estado de fragilidade (Morley, et al., 2013; Rodrigues-Mañas, et al., 2013).

## **1.2 Fragilidade na pessoa idosa residente na comunidade**

Dury et al. (2016) identificaram o perfil de fragilidade em idosos residentes na comunidade, focando-se nas características sociodemográficas e socioeconómicas destes. Concluíram que, em ambos os sexos, fatores como idade avançada, não terem companheiro, terem mudado de casa nos últimos 10 anos, baixo nível de escolaridade e baixos rendimentos contribuem para o risco de fragilidade na pessoa idosa. Estes autores realçam ainda que a preocupação não deve ser centralizada somente ao nível da fragilidade física, mas também ao nível da fragilidade emocional, social e ambiental (caráter multidimensional). Sendo que a fragilidade é geradora de incapacidade e



compromete a funcionalidade da pessoa, é importante detetar, prevenir e minimizar as suas consequências de modo a que pessoa idosa se mantenha o máximo de tempo possível na sua casa, a sua zona de conforto. Também Collard, Boter, Schoevers e Oude (2012) no contexto da investigação com idosos na comunidade, referem que a fragilidade física se verifica sobretudo em pessoas com idade avançada e maioritariamente do sexo feminino.

Recentemente, um estudo em Portugal realizado em pessoas idosas na comunidade identificou uma prevalência de 26,5% de pessoas idosas frágeis (avaliação fenotípica). Como preditores de fragilidade, no modelo multivariado, destacaram-se a idade e a capacidade física (Machado, 2017).

### **1.3 Modelos da Fragilidade**

Cesari e colegas (2014) destacam três modelos: 1) fenotípico ou biológico; 2) acumulação de défice e 3) modelo integral.

#### ***1.3.1 Fenotípico***

Fried et al., (1991) no estudo longitudinal - *Cardiovascular Health Study* - CHS, sugere o ciclo da fragilidade que por sua vez, fundamentou o Fenótipo da Fragilidade. O Fenótipo da Fragilidade, surge em 2001 como uma proposta operacional de Fried et al., (1991) segundo a qual a fragilidade é entendida como um ciclo caracterizado pela deterioração de múltiplos sistemas fisiológicos, tais como disfunção neuronal, endócrina e imunológica e a sarcopenia, levando à redução da homeostase. O fenótipo da fragilidade operacionaliza-se com base nas seguintes dimensões: perda de peso; exaustão; fraqueza, baixo nível de atividade física e lentidão da marcha. Quando nenhum destes critérios está presente a pessoa é considerada robusta/não frágil; com 1 ou 2 critérios caracteriza-se por pré-frágil e com 3 ou mais critérios é considerada frágil (Subra, Gillette-Guyonnet, Cesari, Oustric, & Vellas, 2012; Pinto & Coutinho, 2014; & Duarte, 2015).

### 1.3.2 *Acumulação de Défice*

Em 1994, é definido por Rockwood et al., o modelo dinâmico de fragilidade que assenta num equilíbrio entre componentes biomédicos e psicossociais elencados à pessoa idosa. Estes autores destacam a pertinência de se considerar fatores de risco para a fragilidade, sendo que a quantidade de risco varia em função das características de cada indivíduo. Este risco é exposto, por vezes, como uma perda de vigor ou vulnerabilidade, associada a uma diminuição da homeostase característica do avançar da idade. Esse equilíbrio depende de fatores promotores da independência do indivíduo, tais como a saúde, capacidade funcional, atitude positiva em relação à saúde, e outros recursos; bem como fatores que a condicionam, tais como a doença, incapacidade, dependência de outros para Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD) e a sobrecarga dos cuidadores. Para Rockwood, na maioria das pessoas, os recursos sobrepõem-se aos défices e para outras, os défices sobrepõem-se aos recursos, inviabilizando a sua independência na comunidade e sendo caracterizadas como frágeis. Existem um outro grupo no qual os recursos e os défices se encontram em equilíbrio precário, ou seja, a qualquer altura podem ser consideradas pessoas frágeis.

Com vista à operacionalização dos indicadores apresentados por Rockwood, em 2005, surge o estudo *Canadian Study of Health and Aging* (CSHA) de Jones et al., no mesmo ano, que define o Índice de Fragilidade (IF) composto por uma lista de 20 défices, a serem avaliados a partir da *Avaliação Geriátrica Global* ou *Comprehensive Geriatric Assessment* – CGA). Avaliam-se 10 domínios: cognição, humor, comunicação, mobilidade, equilíbrio, função intestinal e urinária, nutrição, atividades de vida diária e aspetos sociais. O IF é calculado como um somatório das alterações identificadas, permitindo classificar a fragilidade em leve (0-7), moderada (8-12) e severa (maior ou igual a 13). Na segunda fase do estudo, desenvolveu-se a *Escala de Fragilidade Clínica* que se circunscreve a fatores de natureza física e de doença, classificando a pessoa idosa em 7 categorias: 1- muito boa forma/robusto; 2- bom estado geral, 3- bom estado geral e em tratamento de comorbilidades; 4 – vulnerabilidade visível; fragilidade leve; 6 – fragilidade moderada e 7 – fragilidade severa (Duarte, 2015, p. 43-44).

Em suma, este modelo preconiza a fragilidade como um estado resultante do efeito cumulativo de défices clinicamente relevantes e relacionados com o envelhecimento. Neste sentido, quanto maior for a quantidade de problemas maior será a probabilidade de ser frágil. Para a operacionalização deste instrumento, o investigador calcula o índice de fragilidade com base na razão entre os défices presentes e o total de défices considerados e escolhidos de acordo com o propósito da avaliação (Cesari et al., 2014; Mitnitsky et al., 2001). Ou seja, o índice de fragilidade de um indivíduo é calculado com base no número de déficits que uma pessoa tem em relação ao número total de medidas incluídas no índice (por exemplo, alguém com 10 déficits escolhidos de um total de 40 défices possui um índice de fragilidade de  $10/40 = 0,25$ ). Desta forma, o índice de fragilidade é contínuo (0-1); quanto maior a pontuação, é mais provável que o indivíduo se encontre vulnerável e suscetível a resultados adversos (Theou, Walston, & Rockwood, 2015). Nesses 40 défices estão incluídas também as chamadas variáveis contínuas, que compreendem por exemplo o Índice de Massa Corporal, a força de ombros, a firmeza e variam em função do género (Searle, Mitnitski, Gahbauer, Gill, & Rockwood, 2008).

O Modelo Fenotípico e o Modelo de Acumulação de Défice, tratam-se de dois modelos com propósitos diferentes mas que são complementares na avaliação da pessoa idosa (Cesari et al., 2014). O estudo de Kulminski et al. (2008), comparou os dois modelos e concluiu que o fenótipo da fragilidade subestimou o risco de morte, comparado com o Índice de Fragilidade. Os autores referem a vantagem deste último modelo face ao primeiro, devido ao largo espectro de défices contemplados. Todavia a integração de ambos poderá aumentar a precisão na identificação de idosos vulneráveis bem como na estimativa do risco de morte.

### ***1.3.3 Modelo Integral***

A perspetiva integral de Gobbens, ou Modelo Integral de Fragilidade, surge em 2010 operacionalizado através da TFI (*Tilburg Frailty Indicator*) e representa um importante contributo para a compreensão de fragilidade ao refletir a sua mutabilidade ao longo do tempo, bem como a interação entre fatores físicos, psicológicos e sociais. Estes estão integrados num sistema dinâmico e complexo e são influenciados pelos

determinantes do curso de vida, como sejam fatores biológicos e genéticos, idade, sexo, etnia, estado civil, educação, rendimentos, estilo de vida, meio/contexto onde está inserido e acontecimentos de vida. Estes determinantes contribuem para a condição de fragilidade impulsionando resultados adversos (incapacidade, hospitalização, morte) (Gobbens, Luijkx, Wijnen-Sponselee, & Schols, 2010). Segundo este modelo concetual, a fragilidade é definida como um estado de incapacidade resultante de perdas em um ou mais domínios do funcionamento humano (físico, psicológico e social). É causada pela influência de um conjunto de variáveis (determinantes do curso de vida, doenças e declínio da reserva fisiológica), aumentando o risco de resultados adversos (incapacidade, utilização de cuidados de saúde e morte) (Gobbens, Luijkx, Wijnen-Sponselee, & Schols, 2010).

Segundo este modelo integral, a fragilidade pode ser física, psicológica e social.

- **FRAGILIDADE FÍSICA** - compreende: i) pouca/nenhuma atividade física; ii) dificuldades na marcha; iii) perda de peso não intencional; iv) dificuldade em manter o equilíbrio; v) problemas coronários; vi) visão diminuída; vii) perda de força de mão e viii) cansaço físico. As consequências físicas mais evidentes nas pessoas idosas são a dificuldade em manter o equilíbrio e em caminhar e o cansaço físico (fadiga).
- **FRAGILIDADE PSICOLÓGICA** - associa-se à sintomatologia depressiva, ansiedade, sentimentos de solidão e de perda de controlo das suas vidas e o declínio cognitivo. O grau de adaptabilidade depende em grande medida de fatores psicológicos, sobretudo de características da personalidade como a extroversão e adoção de estratégias de *coping* e a resiliência adequadas que permitam uma melhor adaptação ao processo de envelhecimento.
- **FRAGILIDADE SOCIAL** - compreende os défices nas relações sociais que potencialmente geram níveis elevados de solidão, a falta de parceiro/companheiro, perda de parceiro, divórcio, morte, pouca participação em atividades sociais e ausência de suporte social e familiar. Ao nível da política governamental, a fragilidade social desempenha um papel fundamental. Em primeiro lugar, quando se proporciona a utilização de serviços sociais, em segundo, quando se promove a

participação social independentemente do estado físico e mental das pessoas idosas e, em terceiro, além da participação em redes sociais, as políticas sociais devem prevenir a solidão por forma a colmatar a fragilidade social (Gobbens, 2011).

Em síntese, a perspetiva integral da fragilidade de Gobbens (2010), defende as seguintes premissas: a) a fragilidade é um conceito multidimensional e dinâmico, b) prediz um conjunto de resultados adversos que incluem doença, co-morbilidade ou incapacidade, c) integra a noção de praticabilidade, contemplando um conjunto de oportunidades de intervenção focadas no tratamento e na prevenção primária e secundária (Gobbens, et al., 2010, p. 85).

Subjacente ao conceito de fragilidade social de Gobbens (2010), torna-se imperativo a interligação com o tema que se segue, isto é, com os determinantes sociais e familiares da fragilidade.

No capítulo seguinte irei abordar a fragilidade da pessoa idosa residente no domicílio, bem como os seus determinantes sociais e familiares.



## **CAPÍTULO 2: FRAGILIDADE DA PESSOA IDOSA RESIDENTE NO DOMICÍLIO: DETERMINANTES SOCIAIS E FAMILIARES**





## 2.1 Determinantes gerais

De uma forma geral, alguns autores que se seguem enunciam múltiplos determinantes da fragilidade. Coelho, Paúl, Gobbens e Fernandes (2015) corroboram a ideia de que a fragilidade na pessoa idosa é largamente influenciada por fatores de natureza social, psicológica, cognitiva, emocional, ambiental e de saúde, designadamente o género (prevalente no sexo feminino), estilo de vida não saudável, presença de comorbilidades, a polimedicação, perceção negativa do estado de saúde, verificação de queda no último ano, presença de doenças crónicas, a baixa escolaridade, bem como a morte do companheiro como um dos eventos do curso de vida determinantes na questão da fragilidade, contribuindo para uma maior insatisfação com a vida e baixa-auto-estima.

Carneiro et al. (2016) realçam a fragilidade em idosos não institucionalizados, maioritariamente do sexo feminino, com idades longevas (com 80 anos ou mais), com baixa escolaridade (inferior a 4 anos) e com a presença de um cuidador.

Souza, Berlese, Cunha, Cabral e Santos (2017), por exemplo, confirmam a associação da síndrome da fragilidade com fatores de natureza demográfica (como a idade, educação, género) e social, como o suporte social. Estes autores compreenderam a influência de fatores emocionais (depressão), bem como económicos e habitacionais e confirmam que a fragilidade nos idosos está intimamente ligada ao suporte social (baixa expectativa de cuidado) e à depressão.

## 2.2 Determinantes sociais e familiares

Determinantes sociais e familiares da fragilidade na pessoa idosa emergem na literatura, como sendo o suporte familiar e social, o papel das redes de apoio formais e informais, a participação social da pessoa idosa bem como o contexto socioeconómico e habitacional onde estão inseridas (Andrew, Mitnitsy, Kirkland, Rockwood, 2012; Armstrong et al., 2015; Coelho, et al., 2015; Gobbens, et al., 2010; Gu, Yang, & Sautter, 2016; Hoogendijk, Heymans, & Deeg, 2017; Lu et al., 2017; Souza et al., 2017; Steptoe, Shankar, Demakakos, & Wardle, 2013; Theou et al., 2013; Woo, Goggings, Sham, & Ho, 2005). Alguns estudos confirmam claramente a

relação entre estes fatores frisando ainda a questão do suporte social, Duarte (2015) refere que, segundo a Perspetiva Integral de Gobbens (2010), a fragilidade social está intimamente associada ao contexto social dos indivíduos, referindo-se aos défices nas relações sociais que potencialmente resultam em níveis elevados de solidão. Para Gobbens (2011), a falta de parceiro/companheiro, participar em poucas atividades sociais e receber pouco apoio das pessoas que rodeiam os idosos podem ser indicadores de fragilidade social. Um acontecimento que afete a rede social (ex. perda de parceiro, divórcio ou morte) pode originar ou exacerbar a fragilidade ao nível social. Deste modo, a fragilidade social significa não participar em redes sociais e/ou experimentar perda de contactos e apoio. Também o local de residência, isto é, a residência em área urbana ou rural onde as pessoas idosas estão inseridas também constitui um fator importante quando nos referimos à questão da fragilidade social. De acordo com o estudo de Curcio, Henao e Gomez (2014), é no contexto rural que se evidenciam maiores níveis de fragilidade entre a população idosa, estando a fragilidade fortemente relacionada com co-morbilidades, conduzindo à incapacidade. Não se abordam as questões de natureza social, designadamente sobre as redes de suporte social. Contudo, o estudo de Fonseca, Paúl e Martin (2008) com enfoque em idosos residentes na área urbana, aborda a questão da relação do suporte social e da qualidade de vida da pessoa idosa, contrariando assim a problemática da fragilidade social. Os resultados permitem-nos perceber que a maior parte dos idosos possuem rede familiar e social, a qual pode fornecer suporte de natureza emocional, material, afetiva e informativa, caracterizando a interação social como positiva. Demonstram, assim, bom convívio familiar e social, permitindo-lhes viver dignamente e com qualidade de vida. Reflexo desta perceção positiva de suporte familiar e social por parte da pessoa idosa, estes podem procurar novas iniciativas laborais e de voluntariado, fomentando a sua participação e integração social (Leite, Battisti, Berlezi, & Scheur, 2008).

### ***2.3.1 Redes sociais: importância e sua relação com a fragilidade social***

Sob ponto de vista conceitual, existe uma multiplicidade de conceitos e terminologias relacionados com a rede social, cujos contornos e conteúdos se assemelham ou coincidem, nomeadamente (Guadalupe, 2003):

- a) Podem ser, quer estruturas da vida social de um indivíduo (como pertença a um grupo ou a existência de laços familiares), quer funções explícitas, instrumentais ou sócio-afetivas, como o apoio emocional, informativo, tangível e de pertença (Paúl, 2005);
- b) Conjunto hierarquizado de pessoas que mantêm entre si laços típicos das relações de dar e receber. São categorizadas quanto à estrutura (tamanho, estabilidade, homogeneidade, simetria, complexidade e grau de ligação entre os seus membros); natureza das relações (formais, informais, envolvendo amigos, familiares, pessoas afetivamente próximas e distantes); tipos de interação (afetiva, informativa ou instrumental) nível de desejabilidade (livre escolha, compulsória, agradável, desagradável, funcional e disfuncional) (Neri, 2005 *cit in* Domingues et al., 2011);
- c) As redes sociais são formadas por amigos, parentes e vizinhos, grupos religiosos, associações sindicais, associações de moradores e clubes recreativos, os quais possibilitam que os grupos de pessoas estabeleçam relações de solidariedade e confiança, que caracterizam o capital social (Geib, 2012).

A investigação relativa aos idosos traduz que o efeito das redes sociais tem um impacto positivo na saúde e mortalidade, mas também ao nível do próprio bem-estar psicológico e satisfação com a vida (Paúl, 2005). Thoeber, Creutzberg e Viegas (2005) reportam o papel da família, bem como dos profissionais de saúde para a promoção do bem-estar do idoso dependente, visando a humanização dos cuidados prestados, a sua manutenção no domicílio por maior tempo possível, reforçando os laços familiares e reduzindo os riscos e custos hospitalares. Para as pessoas idosas que se encontram em situação de incapacidade funcional, as redes sociais de apoio têm um papel fundamental, sobretudo instrumental, na manutenção dos idosos na comunidade. O

papel das redes sociais no processo de envelhecimento refere-se assim ao seu efeito protetor de evitar o stresse associado ao envelhecimento.

Também Fernández-Ballesteros (2010) salienta a influência benéfica das redes sociais no envelhecimento saudável e bem-sucedido em que as próprias pessoas afirmam que ter família e amigos com quem possam contar constitui um dos fatores essenciais para envelhecer bem. Deste modo, as redes podem igualmente constituir um mecanismo de suporte para as pessoas à medida que envelhecem. Conhecer-las é fundamental pois possibilita a representação da base da assistência informal e formal dos idosos, sobretudo daqueles que se encontram em situação de vulnerabilidade social (Domingues, Ordonez, Silva, Barros, & Cachioni, 2011).

Importa agora apresentar estudos que salientam importância do suporte social e familiar na vida das pessoas idosas e que o relacionam com a problemática da fragilidade. De acordo com Grossman e Magaña (2016), a família constitui a chave dos cuidados e do suporte às pessoas idosas com incapacidade e em situação de fragilidade, ao longo do curso de vida, ajudando-as a permanecerem em casa e na comunidade. O seu trabalho foca a questão da análise da importância do cuidado familiar ao idoso dependente com base numa perspetiva sistémica e ecológica, enfatizando a importância de fatores extrínsecos (contexto) e intrínsecos ao indivíduo (percurso de vida). Também a comunidade oferece um conjunto de respostas sociais e de saúde que influenciam a qualidade do suporte prestado ao idoso, bem como auxiliam as famílias no cuidado dos mesmos quando se encontram em situação de dependência e/ou incapacidade funcional.

Brito e Pavarini (2012), Orsi, Xavier e Ramos (2011), realçam a importância do apoio social, sobretudo ao nível do apoio emocional, na capacidade funcional da pessoa idosa e salientam que a diversidade das relações sociais e a participação em atividades sociais são fatores-chave na manutenção da funcionalidade em idosos com 75 ou mais anos. Em contrapartida, poucos contactos propiciam o desenvolvimento de incapacidades. A interação social protege o indivíduo da perda funcional. As atividades laborais e de lazer devem ser valorizadas ao longo da vida, sobretudo nas idades mais avançadas, bem como o relacionamento com amigos, dando particular ênfase aos fatores sociais, culturais, biológicos e medicamentosos que prejudicam ou dificultam a manutenção dessas atividades pelos idosos. Ao nível da fragilidade na

pessoa idosa, os resultados do estudo de Pin e Spini (2016) demonstram o impacto das quedas no idoso ao nível da participação social e do suporte social. As quedas, enquanto efeitos adversos stressantes no idoso, estão negativamente relacionadas com a participação social e fragilidade, na medida em que, ao estarem fisicamente comprometidos, os idosos reduzem as saídas ao exterior, deixam de participar na comunidade, de conviver e socializar com os pares, de reforçar a sua auto-estima, reduzindo a sua rede de contactos e aumentando o seu grau de fragilidade psicossocial.

Satuf e Bernardo (2015) referem que é sobretudo nos idosos que não se encontram institucionalizados, que a perceção de suporte social é positiva, comparativamente com os idosos institucionalizados. Ou seja, os idosos que possuem laços familiares mais estreitos apresentam níveis de satisfação do suporte social maiores. Segundo os autores, a permanência em casa é importante para a promoção da sua independência, uma vez que o idoso vive num espaço que é seu e sobre o qual possui controlo, traduzindo-o como componente da identidade. Os autores reforçam, deste modo, a premissa dos efeitos positivos do suporte social na preservação da qualidade de vida dos idosos, na importância física e emocional de envelhecer em casa e no envelhecimento ativo.

Segundo Martins (2005), as redes sociais de apoio revestem-se de importância crucial nos idosos, uma vez que o sentimento de ser amado e valorizado, a pertença a grupos de comunicação e obrigação recíprocas, levam os indivíduos a escapar ao isolamento social e ao anonimato. Deste modo, podemos dizer que o suporte social tem um impacto positivo no combate à fragilidade social nos idosos (Martins, 2005, Satuf & Bernardo, 2015). As redes de suporte social na pessoa idosa estão claramente relacionadas com o envelhecimento ativo bem como, com a sua qualidade de vida (Fonseca, Paúl & Martin, 2008; Maia, Castro, Fonseca, & Fernández, 2016). Com o avançar da idade, assiste-se a uma diminuição da extensão da rede de suporte social. Contudo verifica-se maior seletividade no que respeita às amizades mais próximas, de confiança, em detrimento das relações familiares. Quando este tipo de relacionamentos de amizade se verifica em menor número, pode influenciar a qualidade de vida percebida pelos idosos, cujo investimento afetivo de que se revestem pode ter um efeito protetor no que concerne à prevenção de sentimentos

depressivos. Maia, Castro, Fonseca e Fernández (2016) concluem que, mais importante que a extensão da rede de suporte social, é a qualidade das relações dentro da rede que se traduz em maiores níveis de satisfação com a vida. A quantidade de contactos não significa bem-estar. A relação com um confidente é mais importante do que a quantidade de interações com família e amigos para a satisfação com a vida, já a perceção de baixo suporte social pode levar ao desenvolvimento de sintomas neuróticos.

Quando a pessoa idosa se encontra em situação de fragilidade física, no que respeita ao seu estado de saúde, possuindo algum tipo de doença e/ou incapacidade, esta pode exacerbar a sua fragilidade social, ou seja, tende a enfraquecer a interação social e a sua participação na comunidade, aumentando assim o risco de isolamento social (Geib, 2012). Segundo Rosa, Cupertino e Neri (2009), o suporte social pode melhorar a adaptação de idosos com vulnerabilidades físicas e sociais, sendo visto pelos idosos como essencial para o seu bem-estar.

A vulnerabilidade social, como fragilidade, tem sido fácil de reconhecer clinicamente, mas tem sido assunto de debate quanto à sua operacionalização. Por exemplo, no estudo longitudinal com duas coortes, de Andrew, Mitnitski e Rockwood (2008), realizado em idosos residentes na comunidade (o *Canadian Study of Health and Aging* – CSHA, 1996-7-2001/2; N= 3707 e o *National Population Health Survey* – NPHS, 1994-2002; N= 2648), foram discutidos os determinantes sociais da fragilidade e, tal como o índice de fragilidade, também um índice de vulnerabilidade social foi proposto. Este índice baseia-se em *déficits* sociais extraídos de uma variedade de indicadores como sendo o capital social, redes sociais, suporte social e coesão social. Os objetivos destes estudos consistiam em operacionalizar a vulnerabilidade social, de acordo com a acumulação de défices; comparar a vulnerabilidade social com a fragilidade e estudar a vulnerabilidade social, relacionando-a com a mortalidade. Segundo as suas conclusões, a vulnerabilidade social e a fragilidade estão relacionadas: quanto maior a vulnerabilidade social maior a mortalidade em idosos.

Em modo de conclusão, as redes de suporte social desempenham um papel preponderante na vida da pessoa idosa, no que diz respeito à satisfação com a vida, ao sentimento de pertença, de utilidade e de bem-estar subjetivo, ao fortalecimento dos laços sociais e familiares, à redução do isolamento social e da solidão, ao reforço da

participação social, do *empowerment* e da cidadania e à redução dos efeitos da incapacidade funcional. Em suma, contribui para a redução da fragilidade física, psicológica e social e concomitantemente, para a promoção da qualidade de vida da pessoa idosa.

No capítulo seguinte, serão abordadas algumas estratégias de prevenção e de intervenção da fragilidade na pessoa idosa.





### **CAPÍTULO 3: ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO E DE INTERVENÇÃO DA FRAGILIDADE NA PESSOA IDOSA**



Analizando a pessoa idosa à luz de uma perspectiva biopsicossocial, torna-se crucial falar de estratégias de prevenção orientadas para a questão da fragilidade como um todo, ou seja, física, psicológica, cognitiva e social. O conhecimento de causa e a detecção precoce de um ou dois sinais/sintomas (condição pré-frágil) por parte dos profissionais auxiliará a evitar a instalação da síndrome a partir da adoção de intervenções específicas (Duarte, 2009). Todavia, perante a presença de uma pessoa idosa frágil, é necessária a implementação de medidas de intervenção quer ao nível primário quer ao nível secundário (Duarte, 2015).

Assim, ao nível das estratégias de prevenção da fragilidade física, torna-se imperativo a adoção de estilos de vida e comportamentos saudáveis, tais como inclusão de atividade física diária, uma dieta saudável com uma alimentação rica, diversificada e equilibrada, recorrer aos suplementos alimentares quando necessário, controlar o peso, beber álcool com moderação e não fumar (Daniels, Van Rossum, Witte, Kempen, & Haeuvel, 2008; Langlois et al., 2012; Cesari et al., 2014; Puts et al., 2017). Sob ponto de vista da prevenção da fragilidade social, isto é, algumas das estratégias que contrariam o isolamento social, a ausência de rede de suporte social e familiar, ausência de perceção de apoio e de afeto, e de participação em atividades sociais e de lazer, incluem antecipar o período de reforma com a criação de um projeto de vida, a inserção em grupos de voluntariado, associações e universidades séniores e, concomitantemente, a criação de novas amizades e de contactos pessoais (D'Orsi, Xavier, & Ramos, 2011). No que concerne a estratégias de natureza psicológica e cognitiva, a postura da pessoa perante as adversidades da vida constitui um fator importante, ou seja, a capacidade de resiliência e adoção de mecanismos de adaptação e resolução dos problemas, o otimismo perante o estado de saúde, a satisfação com a sua vida, o sentido de realização pessoal, o dar e receber apoio instrumental e emocional/afetivo reforçam o bem-estar subjetivo e a sua auto-estima. Ao nível cognitivo, a presença a estímulos cognitivos, o reforço ou aquisição de novas aprendizagens e a descoberta de novos interesses, reforçam e mantêm as capacidades cognitivas (Rabelo, & Neri, 2005; Burgos, Neri, & Cupertino, 2008; Cabral & Ferreira, 2013; Guedea et al., 2006; Rosa, Cupertino & Neri, 2009; Langlois et al., 2012; Karademas, 2006; Buchman, et al., 2007; Chin, Paw, Van Uffelen, Riphagen, & Van

Mechelen, 2008; White, Philogene, Fine, & Sinha, 2009; Maia, Castro, Fonseca & Fernández, 2016; D'Orsi, Xavier, & Ramos, 2011; Figueiredo, Lima, & Sousa, 2012; Salmazo-Silva et al., 2012; Puts et al., 2017).

A redução da incidência, da prevalência e das consequências da fragilidade, constituem um desafio atual, requerendo a articulação entre o conhecimento teórico, obtido nas pesquisas e os sistemas social e de saúde por forma a garantir um envelhecimento de qualidade, evitando o surgimento de efeitos adversos (D'Órsi, Xavier e Ramos, 2011). Também a atenção e atuação pró-ativa dos profissionais que atuam com as pessoas idosas podem fazer a total diferença entre envelhecer com qualidade ou prolongar uma existência com incapacidades evitáveis (Duarte, 2009).

No capítulo seguinte, será abordada a metodologia de investigação e o sexto e último capítulo, apresentará o método de investigação do presente estudo.

## **CAPÍTULO 4: METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO**



De seguida, é apresentado o objeto da investigação ou problema científico, o objetivo geral, os objetivos específicos e as hipóteses do estudo:

#### **4.1. Formulação do problema científico**

Existe associação entre os determinantes sociais e familiares e a fragilidade das pessoas idosas no contexto domiciliário?

#### **4.2. Objetivo geral**

Analisar a associação entre os determinantes sociais e familiares e a fragilidade da pessoa idosa em contexto domiciliário.

#### **4.3. Objetivos específicos**

- i) Determinar a prevalência da fragilidade em pessoas idosas no contexto domiciliário;
- ii) Identificar os determinantes sociais e familiares da fragilidade em pessoas idosas no contexto domiciliário;
- iii) Analisar a associação entre os determinantes sociais e familiares e a fragilidade das pessoas idosas no contexto domiciliário.

#### **4.4. Hipóteses**

- i) Hipótese Nula ( $H_0$ ) – Não existe associação entre os determinantes sociais e familiares e a fragilidade das pessoas idosas no contexto domiciliário.
- ii) Hipótese Não Direcional (HND) – Existe uma associação entre os determinantes sociais e familiares e a fragilidade das pessoas idosas no contexto domiciliário.
- iii) Hipótese Direcional (HD) – Existe uma associação estatisticamente significativa entre os determinantes sociais e familiares e a fragilidade das pessoas idosas no contexto domiciliário.





## **CAPÍTULO 5: MÉTODO DE INVESTIGAÇÃO**



## **5.1 Design do estudo**

O estudo que empreendemos é um estudo que se enquadra na abordagem quantitativa, não experimental e do tipo descritivo-correlacional. Este método de investigação, tem por objeto explorar relações entre variáveis descrevendo-as, permitindo circunscrever o fenómeno estudado (Fortin, Filion, & Cotê, 2009).

## **5.2 Contexto e Amostra**

### **5.2.1 Contexto**

Este estudo foi realizado junto de pessoas idosas residentes na comunidade e que beneficiam dos Serviços de Apoio Domiciliário (SAD) prestados por uma empresa localizada na região centro do país. Esta resposta social é constituída por uma equipa de profissionais que presta cuidados e serviços a famílias e/ou pessoas que se encontrem no seu domicílio, em situação de dependência física ou psíquica e que não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e ou a realização das atividades instrumentais da vida diária, nem disponham de apoio familiar para o efeito.<sup>1</sup>

### **5.2.2 Amostra e tipo de amostragem**

A amostra escolhida foi uma amostra não probabilística por conveniência que inclui as pessoas idosas residentes na comunidade que beneficiam de SAD.

## **5.3 Critérios de inclusão**

Escolhemos o seguinte critério de inclusão: Pessoas com 65 ou mais anos que tenham contratualizado SAD.

---

<sup>1</sup> <http://www.seg-social.pt/idosos>  
Consultado a 22/10/2018

## 5.4 Critérios de exclusão

Por outro lado, estabelecemos os critérios de exclusão abaixo mencionados:

- i. Pessoas com alterações cognitivas que não permitam compreender ou responder aos questionários e/ou sem familiar ou cuidador que possa colaborar no preenchimento do questionário;
- ii. pessoas com doença avançada e em fim de vida.

## 5.5 Instrumentos

Para a recolha de dados deste estudo foram utilizados vários instrumentos, nomeadamente:

- i) O questionário sociodemográfico (anexo IV), utilizado para conhecer as características de natureza social e demográfica da pessoa idosa. Trata-se de um questionário de hétero-preenchimento, composto por respostas fechadas/diretas para as categorias, idade, género, estado civil, número de filhos, escolaridade, profissão que exerceu, composição do agregado familiar, contexto de residência (urbano ou rural), e tipo de habitação (apartamento ou casa);
- ii) O questionário PRISMA – 7 (anexo VII) (Raïche, Hébert, & Dubois, 2008), já se encontra validado para a população portuguesa (Tavares, Ferreira, Fonseca, Barbosa, Teixeira, & Veríssimo, 2016; Machado, 2017). Trata-se de um instrumento simples, composto por sete itens dicotómicos (sim/não) destinado ao rastreio da fragilidade de idosos residentes na comunidade. O ponto de corte de três ou mais respostas positivas identificam idosos frágeis (Saenger, Caldas, & Motta, 2016);
- iii) O Índice de Fragilidade (IF) de Rockwood (1994), (anexo VIII) permite conhecer a fragilidade da pessoa idosa através da acumulação de défices clinicamente comprovados. O IF foi elaborado com 30 itens, nomeadamente: ajuda no banho, ajuda na higiene pessoal, ajuda a vestir, ajuda para sentar e levantar da cadeira, ajuda para levantar-se

ou deitar-se na cama, ajuda para caminhar pelo exterior, ajuda para comer, ajuda para usar a sanita, ajuda para subir e descer escadas, ajuda para fazer as tarefas domésticas, ajuda para preparar as refeições, ajuda para tomar a medicação, ajuda com as finanças e gerir o dinheiro, ajuda para realizar chamadas telefónicas, ajuda para caminhar à volta de casa, limitação das atividades, se se sente depressivo/a, se sente que tudo é um esforço, se se sente feliz, se se sente sozinho/a, tensão arterial alta, ocorrência de ataque cardíaco, cancro, diabetes, doenças crónicas, artrites/reumatismo, Acidente Vascular Cerebral (AVC), quedas no último ano, se reduziu as atividades habituais no último mês, permaneceu na cama pelo menos metade do dia devido a problemas de saúde (Searle, et al., 2008). Este instrumento, calcula-se dividindo o número de défices que se pretendem estudar pelo número de défices existentes na literatura recente. Os pontos de corte definidos para a operacionalização deste instrumento são:  $IF \leq 0.08$ =não frágil e  $IF \geq 0.25$ =frágil (Rockwood, Mogilner, & Mitnitsky, 2004). Por exemplo, se a pessoa idosa apresentar 5 défices em 30, então  $5/30 = 0.2$  (não frágil). Por outro lado, se apresentar 20 défices em 30, então  $20/30 = 0,66$  (frágil). Os níveis de fragilidade são expressos numa escala contínua que varia de 0 a 1.

- iv) O Mapa Mínimo de Relações do Idoso – MMRI (Domingues, 2000), (anexo VI), avalia o suporte social recebido pela pessoa idosa, ou seja, identifica os relacionamentos significativos para o indivíduo, avalia o tamanho da rede de suporte social (rede pequena – até duas pessoas no primeiro círculo; rede média – entre 3 a 5 pessoas no mesmo círculo e rede grande – acima de 6 pessoas por círculo), caracteriza a natureza da relação (amigos, membros da família, da comunidade, dos serviços sociais e de saúde), a frequência de contactos e o suporte percebido referente a cinco funções: visita, companhia, cuidados de casa, cuidados pessoais, e suporte financeiro. O MMRI é constituído por quatro quadrantes que representam a família, amigos, comunidade, serviços sociais e de saúde. Sobre esses quadrantes inscrevem-se três

áreas – um círculo interno de relações mais próximas, cujos contactos ocorrem pelo menos uma vez por semana; um círculo intermédio de relações pessoais com encontros que sucedem pelo menos uma vez por mês, e um círculo externo de contactos ocasionais, que acontecem no mínimo uma vez por ano. Cada função anteriormente descrita, é enunciada no mapa através de números e cada indivíduo da rede é identificado por meio de abreviaturas (Domingues, et al., 2012); Este instrumento é operacionalizado tendo em conta o somatório dos contactos frequentes, ou seja, que sucedem pelo menos uma vez por semana, ficando a conhecer o número de contactos mais próximos.

- v) A Escala de Gijón (Garcia- González et al., 1999), (anexo V) avalia a condição sociofamiliar, situação económica, habitação, relações sociais e apoio da rede social. A escala é composta por 5 itens, cada qual avalia um dos domínios acima mencionados. Em cada item, a escala de pontuação vai de 1 a 5 pontos, correspondendo os valores próximos de 1 à situação ideal e os próximos de 5 à situação de indução de maior risco. A pontuação da escala resulta do somatório de todos os itens com o mínimo de 1 e o máximo de 25. Os pontos de corte são: 1-5 (sem risco social); 6-12 (risco social intermédio) e de 13-25 (risco social elevado).

## 5.6 Procedimentos

Inicialmente, foi entregue um protocolo de investigação com os instrumentos utilizados, bem como os formulários de consentimento quer à empresa de serviço de apoio domiciliário (consultar anexo), quer à comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA:E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENfC), (consultar Anexo I). O início da recolha dos dados, para conhecimento e autorização, sucedeu após a prévia autorização e consentimento do Diretor Técnico da empresa de serviço de apoio domiciliário. A participação envolveu a assinatura de um consentimento informado, que incluía a explicação do estudo, o objetivo principal, os direitos dos participantes e a intenção de

participação voluntária. O período de recolha de dados decorreu de Maio a Julho de 2018 e consistiu na aplicação dos instrumentos aos participantes.

Após a autorização das duas entidades acima referidas e aplicados os instrumentos para recolha de dados, realizou-se o tratamento e análise dos dados recolhidos, recorrendo à estatística descritiva (média e desvio padrão) e estatística inferencial, (testes de associação de variáveis, com recurso ao Coeficiente de Correlação de *Spearman*, Coeficiente de Correlação Ponto-Bisserial e ao Teste do Qui-Quadrado; e testes de diferenças entre indivíduos, tais como o Teste-t para amostras independentes e o teste ANOVA Unifactorial). (Fortin, Filion & Côté, 2009 & Martins, 2011).

Toda a análise estatística foi efetuada, utilizando o Software IBM-SPSS (versão 21), para um nível de significância ( $p$ ) de 5%.





## **CAPÍTULO 6: APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS**



## 6.1 Caracterização da Amostra

Conforme podemos ver na Tabela 1, a amostra é constituída por 30 pessoas idosas de um universo de 40: 25, (83.3%) do sexo feminino e 5 (16.7%) do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 65 e os 95 anos (média (M) 81.80 anos; desvio padrão (DP) 7.15 anos. Relativamente ao estado civil, os resultados indicam que 14 são viúvos (46.7%), 12 são casados (40.0%) e 4 são divorciados (13.3%). No que diz respeito à escolaridade e/ou habilitações académicas, 14 (46.7%) têm entre o 1º e o 4º ano, 6 (20.0%) têm entre o 5º e o 6º ano, 4 (13.3%) têm o bacharelato, 3 (10.0%) não sabem ler nem escrever, 2 (6.7%) sabem ler e escrever e 1 (3.3%) tem entre o 7º e o 9º ano. Quanto à composição do agregado familiar, 13 (43.3%) têm duas pessoas no agregado, 11 (36.7%) não possuem outras pessoas no agregado e 6 (20.0%) têm 3 ou mais pessoas no agregado. A maioria reside em contexto rural (22, 73.3%) e habita em casa unifamiliar (26, 86.7%).

**Tabela 1 - Caracterização da Amostra**

VARIÁVEIS	N (%)
<b>Sexo</b>	
Feminino	25 (83.3%)
Masculino	5 (16.7%)
<b>Estado Civil</b>	
Casado	12 (40.0%)
Viúvo	14 (46.7%)
Divorciado	4 (13.3%).
<b>Nível escolaridade</b>	
Não sabem ler nem escrever	3 (10.0%)
Sabem ler e escrever	2 (6.7%)
Entre o 1º e o 4º ano	14 (46.7%)
Entre o 5º e 6º ano	6 (20.0%)
Entre o 7º e 9º ano	1 (3.3%)
Bacharelato	4 (13,3%)
<b>Composição do agregado familiar</b>	
Não possuem	11 (36,7%)

Têm 2 pessoas	13 (43,3%)
Têm 3 ou mais pessoas	6 (20%)
<b>Contexto de residência</b>	
Rural	22 (73,3%)
Urbano	8 (26,7%)
<b>Tipologia de Habitação</b>	
Casa unifamiliar	26 (86,7%)
Apartamento/Andar	4 (13,3%)

## 6.2 Resultados do Suporte Familiar e Social

De acordo com a Tabela 2, podemos verificar que, 14 dos idosos (46.7%) “vive com a família e/ou cônjuge com algum grau de dependência”, 9 (30.0%) “vive sozinho mas tem filhos próximos”, 4 (13.3%) “vive com a família sem dependência física ou psíquica”, 2 (6.7%) “vivem sozinhos” e 1 (3.3%) “vive com o cônjuge com idade similar”. No que concerne à situação económica, 14 dos idosos (46.7%) possuem uma reforma que vai “desde o salário mínimo até à pensão do sistema contributivo”, 10 (33.3%) “de dois salários mínimos até um salário mínimo”, 5 (16.7%), “mais de dois salários mínimos” e 1 (3.3%) “recebe desde a pensão do sistema contributivo até pensão social”. Quanto à habitação, todos os participantes possuem casa adequada às suas necessidades. Em relação às relações sociais, 24 idosos (80.0%) “possuem relações sociais”, 2 (6.7%) “não saem do domicílio, mas recebem visitas”, 2 (6.7%) “relacionam-se com a família ou vizinhos” e os outros 2 (6.7%) “relacionam-se com a família e vizinhos”. Quanto ao apoio da rede social, 24 idosos (80.0%), beneficiam de “voluntariado social, ajuda domiciliária”, 5 (16.7%) beneficiam de “cuidados permanentes” e 1 (3.3%) tem “pendente o seu ingresso numa instituição geriátrica”.

Após a análise destes dados, verifica-se que a maioria dos idosos do estudo se encontram sem risco social, 19, e 11 em risco social intermédio.

Tabela 2 - Resultados da Escala de Gijón

Itens da Escala de Gijón	Feminino		Masculino	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<b>Situação familiar</b>				
Vive sozinho	2	8.0%	0	0.0%
Vive sozinho mas tem filhos próximos	7	28.0%	2	40.0%
Vive com a família e ou cônjuge com algum grau de dependência	11	44.0%	3	60.0%
Vive com o cônjuge com idade similar	1	4.0%	0	0.0%
Vive com a família sem dependência física ou psíquica	4	16.0%	0	0.0%
<b>Situação económica</b>				
Pensão	0	0.0%	0	0.0%
Desde a pensão do sistema contributivo ate pensão social	1	4.0%	0	0.0%
Desde o salário mínimo ate pensão do sistema contributivo	13	52.0%	1	20.0%
De dois salários mínimos ate um salário mínimo	8	32.0%	2	40.0%
Mais de dois salários mínimos	3	12.0%	2	40.0%
<b>Habitação</b>				
Adequada às necessidades	25	100%	5	100%
Barreiras arquitetónicas na casa ou na entrada principal de acesso à habitação	0	0%	0	0%
Humidade, fracas condições de higiene, equipamento inadequado	0	0%	0	0%
Habitação inadequada	0	0%	0	0%

<b>Relações sociais</b>				
NSDNRV <sup>2</sup>	0	0.0%	0	0.0%
NSDRV <sup>3</sup>	2	8.0%	0	0.0%
Família ou vizinhos	2	8.0%	0	0.0%
Família e vizinhos	1	4.0%	1	20.0%
Relações sociais	20	80.0%	4	80.0%
<b>Apoio da rede social</b>				
Não tem apoio	0	0.0%	0	0.0%
Cuidados permanentes	4	16.0%	1	20.0%
Pendente de ingresso em instituição geriátrica	1	4.0%	0	0.0%
Voluntariado social, ajuda domiciliária	20	80.0%	4	80.0%
Com apoio familiar ou de vizinhos	0	0.0%	0	0.0%

---

<sup>2</sup> Não Sai do Domicílio Nem Recebe Visitas

<sup>3</sup> Não Sai do Domicílio, mas Recebe Visitas

A análise dos resultados do Mapa Mínimo de Relações do Idoso (MMRI), enunciados na Tabela 3, cuja operacionalização se repercutiu na soma de contactos frequentes segundo as diversas funções em cada elemento da rede social dos idosos, permite-nos perceber que 21 dos 30 idosos do estudo possuem uma rede social grande e somente 9 possuem uma rede média de contactos. Isto significa que contam, na sua maioria, com mais de 6 pessoas no seu círculo de contactos frequentes. Assim sendo, contam frequentemente<sup>4</sup> com o apoio da família, particularmente do companheiro, filhos e netos, para as funções de visita e companhia; contam frequentemente com os membros de grupos de terceira idade e das prestadoras de serviços para a função companhia e, também são as prestadoras de serviços que prestam auxílio para atividades domésticas e pessoais. Inversamente, estabelecem menos contactos com vizinhos, membros de grupos religiosos, membros de clube de lazer e serviços de saúde.

**Tabela 3 - Resultados do Mapa Mínimo de Relações do Idoso**

<b>Função e Frequência</b>	<b>N</b>	<b>Soma contactos (Total)</b>
Visita no mínimo uma vez por semana	30	52
Companhia no mínimo uma vez por semana	30	81
Auxílio para atividades domésticas no mínimo uma vez por semana	30	46
Auxílio para atividades pessoais no mínimo uma vez por semana	30	24
Auxílio financeiro no mínimo uma vez por semana	30	0

<sup>4</sup> Estabelecem contacto com os idosos no mínimo uma vez por semana (Domingues, 2012).

## 6.3 Resultados da Fragilidade

### 6.3.1 PRISMA 7 (P7)

O número de pessoas idosas frágeis (três ou mais itens) foi de 16 (53%). Na Tabela 4, apresentam-se os resultados obtidos por item, sete no total, destacando-se os itens 5 (sim: n= 19 e não: n=11) e 6 (sim: n=17 e não: n=13).

Da avaliação da distribuição dos scores obtidos na amostra pelo instrumento P7, conforme podemos ver na Tabela 5, destaca-se que 10 apresentam score 1; 5 o score 6; 4 o score 5; 4 o score 4; 3 o score 2; 2 o score 3 e 1 o score 7.

**Tabela 4 - Resultados do PRISMA7 por itens**

<i>Itens</i>	<i>Sim N</i>	<i>Não N</i>
<b>I1</b> Tem mais de 85 anos?	10	15
<b>I2</b> Género (feminino)?	25	5
<b>I3</b> No geral, tem alguns problemas de saúde que limitem as suas atividades?	11	19
<b>I4</b> Precisa de alguém que o ajude nas ABVD?	11	19
<b>I5</b> No geral, tem alguns problemas de saúde que tenha que ficar em casa?	19	11
<b>I6</b> Em caso de necessidade, pode contar com alguém próximo de si?	17	13
<b>I7</b> Usa regularmente uma bengala, andador ou cadeira de rodas para se deslocar?	11	19

**Tabela 5 - Resultados do PRISMA7 por scores**

	0	1	2	3	4	5	6	7
<b>P7</b>	1	10	3	2	4	4	5	1



### 6.3.2 Índice de Fragilidade de Rockwood (IF)

Os pontos de corte definidos para a operacionalização deste instrumento são:  $IF \leq 0.08$ =não frágil e  $IF \geq 0.25$ =frágil (Rockwood, Mogilner, & Mitnitsky, 2004). Os níveis de fragilidade são expressos numa escala contínua que varia de 0 a 1. Na Tabela 6, podemos observar os resultados obtidos pelo IF aos 30 idosos, com base na acumulação de défices (30 no total). Podemos verificar que a maioria dos idosos, 21 em 30, são considerados frágeis, ao apresentarem um ponto de corte superior a 0.25.

**Tabela 6 - Resultados do IF da amostra do estudo**

<b>N</b>	<b>Défices e ponto de corte</b>	
<b>N1</b>	15/30=0.50 (>0.25)	Frágil
<b>N2</b>	20/30=0.67 (>0.25)	Frágil
<b>N3</b>	20/30=0.67 (>0.25)	Frágil
<b>N4</b>	10/30=0.33 (>0.25)	Frágil
<b>N5</b>	14/30=0.47 (>0.25)	Frágil
<b>N6</b>	9/30=0.30 (>0.25)	Frágil
<b>N7</b>	22/30=0.73 (>0.25)	Frágil
<b>N8</b>	23/30=0.77 (>0.25)	Frágil
<b>N9</b>	23/30=0.77 (>0.25)	Frágil
<b>N10</b>	8/30=0.27 (>0.25)	Frágil
<b>N11</b>	8/30=0.27 (>0.25)	Frágil
<b>N12</b>	6/30=0.20 (<0.25)	Não Frágil
<b>N13</b>	8/30=0.27 (>0.25)	Frágil
<b>N14</b>	17/30=0.57 (>0.25)	Frágil
<b>N15</b>	5/30=0.17 (<0.25)	Não Frágil
<b>N16</b>	7/30=0.23 (<0.25)	Não Frágil
<b>N17</b>	6/30=0.20 (<0.25)	Não Frágil
<b>N18</b>	10/30=0.33 (>0.25)	Frágil

<b>N19</b>	24/30=0.80 (>0.25)	Frágil
<b>N20</b>	8/30=0.27 (>0.25)	Frágil
<b>N21</b>	12/30=0.40 (>0.25)	Frágil
<b>N22</b>	7/30=0.23 (<0.25)	Não Frágil
<b>N23</b>	4/30=0.13 (<0.25)	Não Frágil
<b>N24</b>	3/30=0.10 (<0.25)	Não Frágil
<b>N25</b>	6/30=0.20 (<0.25)	Não Frágil
<b>N26</b>	8/30=0.27 (>0.25)	Frágil
<b>N27</b>	7/30=0.23 (<0.25)	Não Frágil
<b>N28</b>	11/30=0.37 (>0.25)	Frágil
<b>N29</b>	19/30=0.63 (>0.25)	Frágil
<b>N30</b>	20/30=0.67 (>0.25)	Frágil
<b>9 Não Frágeis (&lt;0.25)</b>		
<b>21 Frágeis (&gt;0.25)</b>		

## 6.4 Associação entre a fragilidade e as variáveis sociodemográficas e sociofamiliares

### 6.4.1 – Associação entre o Índice de Fragilidade (IF) e o PRISMA7

Por forma a verificarmos se há ou não associação entre as variáveis intervalares, inerentes ao Índice de Fragilidade de Rockwood e ao PRISMA7, procedeu-se ao uso do teste estatístico de correlação de *Pearson* ( $r$ ). Conforme podemos verificar na Tabela 7, há uma correlação positiva perfeita ( $r=1$ ) estatisticamente significativa ( $p=0.00$ , ou seja,  $p<.005$ ) entre os dois instrumentos.

Para perceber se as duas variáveis intervalares seguem uma distribuição normal na amostra efetuou-se o teste da normalidade de Shapiro-Wilk. Conforme podemos observar na Tabela 8, o IF tem um nível de significância de  $p=0.04$  e o P7 um nível de significância de  $p=0.03$ . Deste modo, podemos concluir que não seguem uma

distribuição normal na medida em que o teste atinge o nível de significância convencional ( $p < 0.05$ ), rejeitando assim a hipótese nula (Martins, 2012).

**Tabela 7 - Resultados da associação entre PRISMA 7 e Índice de Fragilidade**

Índice de Fragilidade de Rockwood (IF)	PRISMA 7 (P7)
<b>Correlação de Pearson (<math>r</math>)</b>	
N = 30	
$r = 1$	
$p = .000$	

**Tabela 8 - Teste da normalidade aos dois instrumentos da fragilidade**

<b>Teste da Normalidade de Shapiro-Wilk</b>			
	N	Sig. ( $p$ )	Não seguem uma distribuição normal Rejeita-se a hipótese nula
Índice de Fragilidade Rockwood	30	<b>.004</b>	
PRISMA 7	30	<b>.003</b>	

#### *6.4.2 - Associação entre o Índice de Fragilidade (IF) e as variáveis sociodemográficas e sociofamiliares*

Conforme exposto na Tabela 9, podemos perceber que há associação entre o IF e a idade, verificando-se uma associação estatística ( $p=.009$ )

Todavia, não se verifica uma associação estatisticamente significativa entre o IF e o género nem diferenças entre os dois grupos, o estado civil e também não se verificaram diferenças entre grupos, o número de filhos nem diferenças entre os três grupos, a composição do agregado familiar e percebeu-se igualmente a inexistência de diferenças entre os três grupos. O contexto de residência também não se associou, não havendo diferenças entre os dois grupos, o Mapa Mínimo de Relações do Idoso, especificamente com a qualidade e tamanho da rede de contactos e não houve diferenças entre os dois grupos e a Escala de Gijón, designadamente com a avaliação do risco social dos participantes que também não se verificaram diferenças entre os dois grupos.

Tabela 9 - Resultados da associação do IF e as variáveis sociodemográficas e sociofamiliares

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	<0.25 N (%)	≥0.25 N (%)	TESTES E RESULTADOS
<b>Gênero</b>			
Feminino (25)	9 (36%)	16 (64%)	Teste de Associação: Coeficiente de Correlação Ponto-Bisserial $r = -.286$ $p = .127$
Masculino (5)	0 (0%)	5 (100%)	
			Teste de Diferenças: Teste T para amostras independentes $t = -1.701$ $df = 28$ $p = .482$
<b>Idade</b>			
<b>M = 81,80</b> <b>DP= 7,15</b>	≤80 (6 Mulheres e 1 Homem)	≥80 (19 Mulheres e 4 Homens)	Teste de Associação: Correlação de Spearman ( $r_s$ ) $r_s = .467$ $p = .009$
<b>Estado civil</b>			
Casado (12)	6 (50%)	6 (50%)	Teste de Associação: Coeficiente de Correlação Ponto-Bisserial $r = -.286$ $p = .127$
Divorciado (4)	4 (100%)	0 (0%)	
Viúvo (14)	11 (79%)	3 (21%)	
			Teste de Diferenças: ANOVA Unifatorial $F = 2.14$ $df = 28$ $p = .13$
<b>Nº de filhos</b>			
1 (9)	8 (90%)	1 (10%)	Teste de Associação: Coeficiente de Correlação de Spearman $r_s = -.089$ $p = .642$
2 (14)	9 (64%)	5 (36%)	
3 (7)	5 (71%)	2 (29%)	
			Teste de Diferenças: Teste ANOVA Unifatorial $F = .839$ $df = 3$ $p = .485$
<b>Composição do agregado familiar</b>			
2 (13)	8 (62%)	5 (38%)	Teste de Associação: Coeficiente de Correlação de Spearman $R_s = .084$ $p = .657$
3 (3)	1 (33%)	2 (67%)	
4 (2)	2 (100%)	0 (0%)	
			Teste de Diferenças: Teste ANOVA Unifatorial $F = .999$ $df = 4$ $p = .426$

Contexto de residência			
Rural (22)	16 (73%)	6 (27%)	Teste de Associação: Coeficiente de Correlação Ponto-Bisserial $r_{pb} = -.176$ $p = .353$
Urbano (8)	5 (63%)	3 (37%)	
			Teste de Diferenças: Teste-T para Amostras Independentes $t = .945$ $df = 28$ $p = .669$
Mapa Mínimo de Relações do Idoso			
Rede grande (21)	15 (71%)	6 (29%)	Teste de Associação: Coeficiente de Correlação Ponto-Bisserial $r_{pb} = -.158$ $p = .403$
Rede média (9)	6 (67%)	3 (33%)	
			Teste de Diferenças: Teste T para amostras independentes $t = .849$ $df = 28$ $p = .580$
Escala de Gijón			
Sem risco social (19)	14 (74%)	5 (26%)	Teste de Associação: Coeficiente de Correlação Ponto-Bisserial $r = .172$ $p = .797$
Risco social intermédio (11)	7 (64 %)	4 (36%)	
			Teste de Diferenças: Teste -T para Amostras Independentes $t = .925$ $df = 28$ $p = .797$

#### 6.4.3 - Associação entre o PRISMA7 e as variáveis sociodemográficas e sociofamiliares

A Tabela 10 expõe de forma detalhada os resultados dos testes estatísticos de associação entre os resultados do PRISMA7 (P7) e as variáveis sociodemográficas e sociofamiliares.

Deste modo, verificamos que o PRISMA 7 e o género têm uma associação. Quanto à sua associação com a idade, verificou-se uma associação estatisticamente significativa. Porém, não se verificou uma associação estatisticamente significativa entre o PRISMA 7 e o estado civil, o número de filhos, a composição do agregado familiar, o contexto de residência, o Mapa Mínimo de Relações do Idoso e a Escala de Gijón.

Tabela 10 - Resultados da associação entre o PRISMA 7 e as variáveis sociodemográficas e sociofamiliares

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS		FRÁGIL N (%)	NÃO FRÁGIL N (%)	TESTES E RESULTADOS
Género				
Feminino (25)	11 (44%)	14 (56%)	Teste de Associação: Qui-Quadrado ( $X^2$ ) $X^2=6.85$ $p = .009$	
Masculino (5)	5 (100%)	0 (0%)		
Idade				
M = 81,80 DP= 7,15	≥80 (19 Mulheres e 4 Homens)	≤80 (6 Mulheres e 1 Homem)	Teste de Associação: Coeficiente de Correlação de Spearman ( $r_s$ ) $r_s=.539$ $p=.002$	
Estado civil				
Casado (12)	7 (58%)	5 (42%)	Teste de Associação: Qui-quadrado $X^2=4.21$ $p= .121$	
Divorciado (4)	0 (0%)	4 (100%)		
Viúvo (14)	7 (50%)	7 (50%)		
Nº de filhos				
1 (9)	4 (44%)	5 (56%)	Teste de Associação: Coeficiente de Correlação de Spearman ( $r_s$ ) $r_s = -.225$ $p=.233$	
2 (14)	8 (57%)	6 (43%)		
3 (7)	2 (29%)	5 (71%)		
Composição do agregado familiar				
2 (13)	7 (54%)	6 (46%)	Teste de Associação: Coeficiente de Correlação de Spearman ( $r_s$ ) $r_s = .176$ $p=.352$	
3 (3)	2 (67%)	1 (33%)		
4 (2)	1 (50%)	1 (50%)		
Contexto de residência				
Rural (22)	10 (45%)	12 (55%)	Teste de Associação: Qui-quadrado $X^2 = .049$ $P=.825$	
Urbano (8)	4 (50%)	4 (50%)		
Mapa Mínimo de Relações do Idoso				
Rede grande (21)	10 (48%)	11 (52%)	Teste de Associação: Qui quadrado $X^2$ $X^2= 0.26$ $p= .873$	
Rede média (9)	4 (44%)	5 (56%)		
Escala de Gijón				
Sem risco social (19)	8 (42%)	11 (58%)	Teste de Associação: Qui-quadrado $X^2$ $X^2 = .433$ $p=.510$	
Risco social intermédio (11)	6 (54%)	5 (46%)		

## 6.5 Análise e Discussão dos resultados

Este estudo procurou analisar a associação entre os determinantes sociais e familiares e a fragilidade em idosos residentes na comunidade. Sob o ponto de vista da caracterização sociodemográfica da amostra, observa-se a predominância do sexo feminino, indo ao encontro do cenário demográfico do país e região onde decorreu o estudo, no qual se observa uma feminização do envelhecimento. No presente estudo, este fator constitui um determinante da fragilidade, na medida em que se associa com um dos instrumentos da fragilidade (P7). Tal resultado pode ser explicado pelo número reduzido da amostra e pela disparidade entre homens e mulheres (maior número de pessoas do género feminino). Por outro lado, esta prevalência da fragilidade ser mais evidente nas mulheres pode ser explicada pelo facto de estas possuírem menos massa magra e menos força muscular em relação aos homens e por serem mais vulneráveis a fatores extrínsecos da fragilidade como a sarcopenia. Também o facto de viverem mais que os homens, aumentam a sua predisposição a doenças crónicas, despoletadas pelo processo natural do envelhecimento, tal como observado em outros estudos (Fried et al., 2001; Oliveira et al., 2008; Santos et al., 2015).

Paralelamente, a idade também se constituiu um fator determinante da fragilidade neste estudo, em que a fragilidade predomina em pessoas idosas com idade superior a 80 anos, idades longevas conforme retrata a literatura (Carneiro et al., 2016; Souza et al., 2017). Especificamente, 19 dos participantes do estudo têm 80 e mais anos e, destes, 15 são mulheres e 4 são homens. Isto significa que, mais de metade da amostra possui uma idade avançada, sendo um fator determinante da fragilidade, sob o ponto de vista físico. No entanto, os profissionais de saúde, devem dedicar especial atenção aos idosos a partir dos 70 anos, fazendo o rastreio da fragilidade, tal como recomenda a literatura (Morley, et al., 2013; Rodrigues-Mañas, et al., 2013).

Relativamente ao estado civil, a sua distribuição é similar, aquando da verificação do número de viúvos (14) e de casados (12) e, portanto, não foi considerado um fator determinante da fragilidade neste estudo, na medida em que grande parte dos idosos possuem cônjuge ou companheiro, corroborando a literatura de que tal evidência funciona como fator protetor de fragilidade (Gobbens, 2011).



Quanto ao nível educacional, quase metade dos idosos do estudo (14) têm entre o 1º e o 4º ano de escolaridade, ou seja, um nível de educação baixo tal como se verificou em outros estudos (Gobbens, Luijkx, Wijnen-Sponselee, & Schols, 2010; Souza et al., 2017). No entanto, os resultados desta variável não se associaram com a fragilidade, provavelmente por ser analisado individualmente, ou seja, isoladamente este fator não implica uma maior vulnerabilidade social. Por exemplo, uma pessoa que apresente baixa escolaridade mas possua uma boa retaguarda familiar e social, possua companheiro, boas condições habitacionais e rendimentos satisfatórios é claramente compreensível que não se encontre em risco de fragilidade. Ou seja, a qualidade das redes de suporte nesta fase da vida das pessoas idosas reveste-se de extrema importância, tal como se verifica em outros estudos (Woo, Goggings, Sham, & Ho, 2005; Gobbens et al., 2010, 2011; Andrew, Mitnitsy, Kirkland, Rockwood, 2012; Theou, et al., 2013; Steptoe, Shankar, Demakakos, & Wardle, 2013; Armstrong, et al., 2015; Coelho, et al., 2015; Duarte, 2015; Gu, Yang, & Sautter, 2016; Hoogendijk, Heymans, & Deeg, 2017; Lu et al., 2017; Souza et al., 2017).

No que concerne ao contexto de residência, todos vivem na comunidade, sobretudo em contexto rural (22), em casa unifamiliar com condições habitacionais, em todos os elementos da amostra (30). A literatura refere que, tendencialmente, as pessoas idosas que vivem na comunidade são frágeis (Dury, et al., 2016). No entanto, neste estudo esta variável não se associa com a fragilidade, em ambos os instrumentos, devido à qualidade da rede de contactos que estabelecem, bem como à sua participação social e envolvimento na comunidade que, tal como a literatura indica, são fatores determinantes no combate ao isolamento e à solidão, promovendo o bem estar físico e emocional. (Fonseca, Paúl & Martin, 2008; Rosa, Cupertino & Neri, 2009; Satuf & Bernardo, 2015; Maio, Castro, Fonseca & Fernández, 2016).

No que diz respeito à composição do agregado familiar da amostra, quase metade (13) possui duas pessoas no agregado, especificamente o companheiro ou filho/a, o que significa que na sua maioria não vivem sós, possuindo retaguarda familiar que tem um efeito protetor da fragilidade social. Tal como enunciado na literatura, a presença da família permite ao idoso uma maior facilidade na resolução e enfrentamento de problemas decorrentes do processo natural do envelhecimento, constituindo como um

dos fatores de proteção e promoção da saúde (Figueiredo, et al., 2012; Grossman & Magaña, 2016; Souza, et al., 2017).

De acordo com a avaliação do suporte social recebido pelos idosos do estudo, obtido pelo Instrumento Mapa Mínimo de Relações do Idoso, verificou-se que a rede de contactos da amostra do estudo se caracteriza por ser maioritariamente grande, isto é, os idosos contam com mais de seis pessoas frequentemente, sobretudo para as funções de visita (52 contactos no total), companhia (81 contactos no total), auxílio para atividades domésticas (46 contactos no total) e auxílio para atividades pessoais (24 contactos no total). Ao nível da função auxílio financeiro não se verificaram contactos uma vez que todos os idosos do estudo possuem reforma. Porém, o suporte social recebido e percebido pelos idosos do estudo não se associou com a fragilidade. Estes resultados podem ser explicados pela existência:

- do cônjuge e/ou filho no agregado familiar;
- de um número reduzido de idosos com limitações funcionais e dependentes nas ABVD e de maior necessidade de apoio ao nível das AIVD;
- de um serviço de apoio domiciliário diário e permanente, personalizado e diferenciado do apoio domiciliário convencional;
- da participação destes na comunidade em atividades socioculturais, intelectuais, desportivas e de lazer.

Por outro lado, estes resultados podem ser justificados, tal como os de Amaral, et. al. (2017), pela subjetividade do apoio social, inerente aos relatos dos idosos, sobrestimado por uns e subestimado por outros.

Quanto à avaliação das condições sociofamiliares, económicas, habitacionais, relações sociais e apoio da rede social, obtida pela Escala de Gijón, podemos perceber que os idosos do estudo apresentam ausência de risco social (19 em 30), os restantes apresentam risco social intermédio (11 em 30). Quase metade da amostra (14 em 30) vive com familiar com algum grau de dependência, a maior parte dos elementos da amostra possui uma reforma satisfatória, que vai desde a pensão do sistema contributivo e pensão social até a mais de dois salários mínimos. Todos possuem condições habitacionais adequadas às necessidades, beneficiam de apoio da rede social e estabelecem relações sociais. Verificou-se igualmente a inexistência de relação destes determinantes sociais e familiares com a fragilidade, podendo tais resultados

serem explicados pela importância destes determinantes sociofamiliares na prevenção da fragilidade, reforçada em estudos similares (Thoeber, Creutzberger & Viegas, 2005; Fonseca, Paúl & Martin, 2008; Fernández-Ballesteros, 2010; Orsi, Xavier e Ramos, 2011; Brito & Pavarini, 2012, Curcio, Henao & Gomez, 2014; Duarte, 2015; Grossman & Magaña, 2016).

Após a análise dos dois instrumentos da fragilidade, PRISMA 7 (P7) e Índice de Fragilidade de Rockwood (IF), observou-se uma relação estatisticamente significativa ( $r=1$ ). Quando aplicados e avaliados os resultados em conjunto, os dois instrumentos revelam, de uma forma clara e objetiva, o potencial vs existência da fragilidade. Ou seja, aquando do rastreio da fragilidade (P7) podemos perceber quais os idosos em risco de fragilidade, e quais os que são efetivamente frágeis, confirmados posteriormente pelos resultados do IF, através da acumulação dos vários défices. O PRISMA7 rastreou, com base nas sete questões dicotómicas, 11 mulheres em 25 como potencialmente frágeis, 14 mulheres em 25 como não frágeis e 5 homens em 5 como potencialmente frágeis. O Índice de Fragilidade identificou, com base na acumulação dos 30 défices, 9 mulheres não frágeis em 25, 16 mulheres frágeis em 25 e 5 homens frágeis em 5. Isto significa que, conforme os resultados do IF, 21 idosos do estudo em 30 são frágeis. Estes resultados podem ser explicados pela feminização do envelhecimento no presente estudo, pela média de idades elevada, pela heterogeneidade da amostra no que concerne à capacidade funcional e, concomitantemente, pelos diferentes problemas de saúde existentes bem como pelas diferentes necessidades a serem satisfeitas (básicas e/ou instrumentais).

Por fim, o presente estudo conclui que, em termos gerais, não se verificou uma associação entre os fatores sociais e familiares e a fragilidade na pessoa idosa. De facto, apenas se verificou associação entre o sexo e a idade com a fragilidade. Estes resultados revelam que os idosos do estudo apesar de frágeis, sob o ponto de vista biológico, (prevalecente no género feminino e em idosos com idades longevas) não o são sob ponto de vista social. Também no estudo de Amaral, et al. (2017), baseado no apoio social e síndrome da fragilidade em idosos residentes na comunidade, se verificou a ausência de relação entre o apoio social e a fragilidade.

Mais estudos precisam de ser realizados por forma a clarificar este conceito, ainda polissémico, da fragilidade.



## Conclusão

A fragilidade é uma síndrome geriátrica emergente, com elevada prevalência em idosos residentes na comunidade. Porém, a inexistência de uma única definição, dificulta a avaliação da sua verdadeira prevalência na população, tendo sido estimada através de vários instrumentos (Conroy & Elliott, 2017).

Este estudo consistiu em analisar a associação entre os determinantes sociais e familiares e a fragilidade das pessoas idosas no contexto domiciliário, com recurso a vários instrumentos, tais como o PRISMA7 (P7) e o Índice de Fragilidade de Rockwood (IF). Por conseguinte, traduziu-se num contributo para a investigação científica inerente ao conceito de fragilidade em idosos residentes na comunidade. Neste estudo foram identificados como fatores determinantes o sexo e a idade. Ou seja, verificou-se uma feminização do envelhecimento na amostra bem como a evidência de que quanto mais velhas as pessoas idosas forem, maior é o risco de fragilidade, evidenciado na literatura (Carneiro, et al., 2016; Souza et al., 2017). As variáveis sociais, tais como o estado civil, o número de filhos, a composição do agregado familiar, o contexto de residência e o suporte social e familiar recebido não se associaram com a fragilidade dos idosos. Estes resultados podem ser explicados pelo número reduzido da amostra, pelo suporte social assegurado pelo serviço de apoio domiciliário e pela retaguarda familiar proporcionada pelos filhos e/ou cônjuges. Tal evidência, permitiu perceber o efeito protetor da existência de uma rede de suporte social no caso da fragilidade física. Deste modo, ao beneficiarem de cuidados de saúde e de apoio pessoal permanentes nas suas casas, estes idosos encontram-se mais protegidos dos efeitos adversos (quedas, hospitalização, institucionalização e morte), bem como experienciam sentimentos de pertença e de identidade. Independentemente do contexto de residência, os idosos do estudo estabelecem frequentemente contacto com a comunidade, participam em atividades proporcionadas pela empresa de apoio domiciliário e pela autarquia local, através da dinamização de iniciativas sociais, de passeios/excursões e sessões de estimulação cognitiva em grupo e individuais. Esta resposta de Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), caracteriza-se por ser diferenciada no que concerne à tipologia de serviços prestados, que vão desde a satisfação das

necessidades básicas à realização de atividades ocupacionais e de carácter lúdico e recreativo.

A existência de uma resposta de SAD diferenciada, ajustada e personalizada, que articula de uma forma simbiótica com as famílias e/ou significativos, reflete a ausência de vulnerabilidade social na amostra do estudo. Assim sendo, este grupo de idosos é composto por pessoas cuja fundamentação do pedido de SAD não incide somente ao nível do apoio nas necessidades básicas e instrumentais mas sobretudo para conviverem e socializarem. Ora, tal facto permite perceber claramente que todos estes determinantes permitem contrariar situações de risco social, de abandono, isolamento e vulnerabilidade social.

Todavia, não podemos ignorar o facto de maior longevidade traduzir menor homeostasia, maior incidência de doenças, polimedicação, quedas, hospitalização e morte. Mais trabalhos precisam de ser feitos para clarificar o conceito de fragilidade no seu âmbito multidimensional, permitindo uma articulação sistémica, que compreenda a pessoa idosa, a família, a comunidade e os serviços sociais e de saúde, providenciando cuidados mais assertivos e humanizados, orientados para a prevenção da fragilidade no seu todo.

**Limitações do estudo**

Tratando-se de uma amostra pequena ( $n=30$ ), os resultados podem ser alvo de enviesamento ao permitir apenas uma relação subtil entre as variáveis do estudo, sendo necessário testes estatísticos suficientemente potentes para detetar as diferenças. Por outro lado, tratando-se de uma amostra pequena, torna-se difícil inferir conclusões mais generalizáveis e fidedignas.

A administração dos questionários pelo investigador a alguns idosos permitiu a resposta a todas as questões dos instrumentos, permitindo uma maior recolha de informações. Porém, essa administração ao ser realizada, na sua maioria, pelo investigador, pode ter gerado resultados contraditórios e ocultos. Ou seja, a pessoa idosa ao ser questionada perante um conjunto de situações pessoais pode ter sido incitada a uma resposta refletida segundo parâmetros cujo investigador não consegue controlar.

Sugere-se que, no futuro, se realizem estudos que possuam uma amostra maior. Adicionalmente, será vantajoso que os instrumentos utilizados sejam em menor número, mas sucintos e claros, permitindo uma fácil leitura e interpretação por parte dos participantes. Tal permitirá uma melhor compreensão dos resultados, evitando potenciais lacunas e ambiguidades.





## Bibliografia

Andrew, M., Mitnitski, A., & Rockwood, K. (2008). Social vulnerability, frailty and mortality in elderly people. *PloS ONE*, 3(5), 1-8 Doi: 10.1371/journal.pone.0002232.

Andrew, M., Mitnitski, A., Kirkland, S., & Rockwood, K. (2012). The impact of social vulnerability on the survival of the fittest older adults. *British Society Geriatrics*, 41, 161-165 Doi: 10.1093/ageing/afr176.

Andrew, M., & Keefe, J. (2014). Social vulnerability from a social ecology perspective: a cohort study of older adults from the National Population Health Survey of Canada. *BioMed Central Geriatrics*, 14 (90), 1-14 Doi: <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/14/90>.

Arias, C. (2015). Social support network: changes through the life cycle. *Kairós Gerontology Journal*, 18 (20), 149-172.

Armstrong, J., Mitnitski, A., Andrew, M., Launer, L., White, L., & Rockwood, K. (2015). Cumulative impact of health deficits, social vulnerabilities, and protective factors on cognitive dynamics in later life: a multistate modeling approach. *Alzheimer's Research & Therapy*, 7 (38), 1-9 Doi: 10.1186/s13195-015-0120-7.

Bagueixa, M., Pimentel, M., & Iglesias, M. (2017). Fragilidade no idoso internado num serviço de ortopedia. *Revista portuguesa de Ortopedia e Traumatologia*, 25 (3), 173-184.

Barbosa, F., & (2008). Cuidadores familiares idosos: uma nova realidade, um novo desafio para as políticas sociais. *Configurações Revista de Sociologia*, 4, 1-13 Doi: 10.4000/configurações.491.

Brito, T., & Pavarini, S. (2012). Relação entre apoio social e capacidade funcional de idosos com alterações cognitivas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(4):1-8.

Buchman, A., Boyle, P., Wilson, R., Tang, Yuxiao, & Bennet, D. (2007). Frailty is associated with incidente Alzheimer's disease and cognitive decline in the elderly. *Psychosomatic Medicine*, 69, 483-489 Doi: 0033-3174/07/6905-0483.

Cabral, M., & Ferreira, P. (2013). O Envelhecimento Activo em Portugal: trabalho, reforma, lazer e redes sociais. Lisboa: FFMS.

Carneiro, J., Ramos, G., Barbosa, A., Mendonça, J., Costa, F., & Caldeira, A. (2016). Prevalência e fatores associados à fragilidade em idosos não institucionalizados. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(3), 408-415.

Cesari, M., Gambassi, G., Kan, G., & Vellas, B. (2014). The frailty phenotype and the frailty index: different instruments for different purposes. *Age and Aging*, 43, 10-12 Doi: 10.1093/ageing/aft 160.

Cesari, M., Vellas, B., Hsu, F., Newman, A., Doss, H., King, A., Manimi, T., Church, T., Gill, T., Miller, M., & Pahor, M. (2015). A Physical Activity Intervention to Treat the Frailty Syndrome in Older Persons – Results From the Life – P Study. *Journal Gerontology: Medical Sciences*, 70 (2), 216-222.

Cesari, M., Nobili, A., & Vitale, G. (2016). Frailty and sarcopenia: from theory to clinical implementation and public health relevance. *European Journal of Internal Medicine*, 35, 1-9 Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejim.2016.07.021>.

Chin, A., Paw, M., Van Uffelen, J., Riphagen, I., & Van Mechelen, W. (2008). The functional effects of physical exercise training in frail older people: a systematic review. *Sports Medicine*, 38, 781- 793.

Coelho, T., Santos, R., Paúl, C., Gobbens, R., & Fernandes, L. (2014). Portuguese version of the Tilburg Frailty Indicator: Transcultural adaptation and psychometric validation. *Geriatrics & Gerontology International*, 1-10 Doi: 10.1111/ggi.12373.

Coelho, T. (2015). Modelo Integral de Fragilidade do Idoso (do constructo à avaliação - Tilburg Frailty Indicator). Tese de doutoramento em Gerontologia e Geriatria apresentada à Universidade do Porto e Universidade de Coimbra.

- Coelho, T., Paúl, C., Gobbens, R., & Fernandes, L. (2015). Determinants of frailty: the added value of assessing medication. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 7 (56), 1-8  
Doi: 10.3389/fnagi.2015.00056.
- Collard R., Boter H., Schoevers R., Oude, R. (2012). Prevalence of frailty in community-dwelling older persons: A systematic review. *Journal American Geriatr Soc.* 60, 1487–1492. Doi:10.1111/j.1532-5415.2012.04054.
- Conroy, S., & Elliott, A. (2017). The frailty syndrome. *Medicine Journal*, 45 (1), 15-18. <http://doi.org/10.1016/j.mpmed.2016.10.010>.
- Curcio, C., Henao, M., & Gomez, F. (2014). Frailty among rural elderly adults. *BioMed Central Geriatrics*, 14(2), 1-9 Doi: <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/14/2>.
- Daniels, R., Van Rossum, E., Witte, L., Kempen, G., & Van der Haeuvel, W. (2008). Interventions to prevent disability in frail community-dwelling elderly: a systematic review. *BioMed Centre Health Service Research*, 8, 278.
- Domingues, M., Ordonez, T., Silva, T., Barros, T., & Cachioni, M. (2011). Mapa Mínimo de Relações do idoso: análise de reprodutibilidade. *Revista Kairós Gerontologia*, 14 (6), 153-166.
- D’Orsi, E., Xavier, A., & Ramos, L. (2011). Trabalho, suporte social e lazer protegem idosos da perda funcional: estudo epidioso. *Revista Saúde Pública*, 45 (4), 685-692
- Duarte, M. (2015). *Fragilidade em idosos – modelos, medidas e implicações práticas*. Lisboa: Coisas de ler.
- Duarte, Y. (2009). Indicadores de fragilidade em pessoas idosas visando o estabelecimento de medidas preventivas. *Envelhecimento e Saúde: Boletim do Instituto de Saúde*, 47, 49-52.
- Dury, S., Roeck, E., Duppens, D., Fret, B., Hoeyberghs, L., Lambotte, D., Elst, M., Vorst, A., Schols, J., Kempen, G., Rixt, G., Lepeleire, J., Schoenmakers, B., Kardol,

T., Witte, N., Verté, D., Donder, L., Deyn, P., Engelborghs, S., Smetcoren, A., & Dierckx, E. (2016). Identifying frailty risk profiles of home-dwelling older people: focus on sociodemographic and socioeconomic characteristics. *Aging & Mental Health*, pp.1-9 Doi: <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2016.1193120>.

Fernandéz-Ballesteros, R., Garcia,D., Abarca, E., Blanc, A., Efklides, D., Moraitou, R., Kornfeld, A., Lerma, V., Mendoza-Numez, Mendoza-Ruvalcaba, T., Orosa, C., Paul, & Patricia, S. (2010). The concept of ageing well in ten Latin American and European countries. *Ageing & Society*, 30, 41-56.

Fhon, J., Diniz, M., Leonardo, K., Kusumota, L., Haas, V., & Rodrigues, R. (2012). Frailty syndrome related to disability in the elderly. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25 (4), 589-594.

Fhon, J. (2013). Prevalência de quedas de idosos em situação de fragilidade. *Revista de Saúde Pública*, 47 (2), 266-273 Doi: 10.1590/S0034-8910.

Figueiredo, D., Lima. M., & Sousa, L. (2012). Cuidadores familiares de idosos dependentes com e sem demência: rede social pessoal e satisfação com a vida. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13(1),117-129.

Fonseca, A., Paúl, C., & Martin, I. (2008). Life satisfaction and quality of life amongst elderly Portuguese living in the community. *Portugal Journal of Social Science*, 7 (2), 87-102 Doi: 10.1386/pjss.7.2.87/1 Doi: 10.1386/pjss.7.2.87/1.

Fortes-Burgos, A., Neri, A., & Cupertino, A. (2007). Eventos estressantes, estratégias de enfrentamento, auto-eficácia e sintomas depressivos entre idosos residentes na comunidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21 (1), 74-82.

Fortin, M., & Filion, J. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta.

Franse, C., Grieken, A., Qin, L., Melis, R., Rietjens, J., & Raat, H. (2017). Socioeconomic inequalities in frailty and frailty components among community-

dwelling older citizens. *Public Library of Science*, 12 (11),1-15  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0187946>.

Fried, L., Tangen, C., Walston, J., Newman, A., Hirsch, C., Gottdiener, J., Seeman, T., Tracy, R., Kop, W., Burke, G., Burnie, M. (2001). Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 56 (3), 146-156.

Geib, L. (2012). Determinantes sociais da saúde do idoso. *Ciência e Saúde Coletiva*, 17 (1), 123-133.

Glass, G., & Hopkins, K. (1996). *Statistical Methods in Education and Psychology* (3rd ed.). Pearson.

Gobbens, R., Luijkx, K., Wijnen-Sponselee, M., & Schols, J. (2010). Toward a conceptual definition of frail community dwelling older people. *Nursing Outlook*, 58 (2), 76-86 Doi: <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2009.09.005>.

Gobbens, R., Luijkx, K., Wijnen-Sponselee, M., & Schols, J. (2010). Towards an a integral conceptual model of frailty. *The journal of nutrition, health and aging*, 14 (3), 175-181 Doi: 10.1007/s12603-010-0045-6.

Gobbens, R., Luijkx, K., Wijnen-Sponselee, M., Assen, M., & Schols, J. (2011). Scientific definitions and measurements of frailty. In Campen, C. (ed.), *Frail older person in the Netherlands*. The Netherlands Institute for Social Research, Hague.

Gobbens, R., Assen, M., Luijkx, K., Schols, J. (2012). The predictive validity of the tilburg frailty indicator: disability, health care utilization, and quality of life in a population at risk. *The Gerontologist*, 52 (5), 619-631 Doi: 10.1093/geront/gnr135.

González, J., Palacios, E., García, A., González, D., Calcoya, A., Sanchez, A., & Garcia, A. (1999). Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. *Atención Primaria*, 23 (7), 434-440.

Grossman, B., & Magaña, S. (2016). Introduction to the special issue: family support of persons with disabilities across the life course. *Journal of Family Social Work*, 19(4), 237-251 Doi: 10.1080/10522158.2016.1234272.

Gu, D., Yang, F., & Sautter, J. (2016). Socioeconomic status as a moderator between frailty and mortality at old ages. *BioMed Central Geriatrics*, 16 (151), 1-11 Doi: 10.1186/s12877-016-0322-2.

Guadalupe, S. (2003). Programa Rede Social: Questões de Intervenção em Rede Secundária. *Interacções*, 5, 67-90.

Guedea, M., Albuquerque, F., Tróccoli, B., Noriega, J., Seabra, M., & Guedea, R. (2006). Relação do bem-estar subjetivo, estratégias de enfrentamento e apoio social em idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19(2), 301-308.

Hedler, H., Santos, M., Faleiros, V., & Almeida, M. (2016). Representação social do cuidado e do cuidador familiar do idoso. *Revista Katálisis*, 19(1), 143-153 Doi: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179646075015>.

Hoogendijk, E., Heymans, M., Deeg, D., & Huisman, M. (2017). Socieconomic inequalities in frailty among older adults: results from a 10-years longitudinal study in the Netherlands. *Gerontology*, 1-8 Doi: 10.1159/000481943.

Karademas, E. (2006). Self-efficacy, social support and well-being. The mediation role of optimism. *Elsevier Personality and Individual Differences*, 40, 1281-1290 Doi: 10.1016/j.paid.2005.10.019.

Karademas, E. (2007). Positive and negative aspects of well-being: common and specific predictors. *Elsevier Personality and Individual Differences*, 43 (2), 1-11 Doi: 10.1016/j.paid.2006.11.031.

Krause, N. (2001). Social support. In Binstock, R., George, L. (eds.), *Handbook of Aging and the Social Sciences*, 5<sup>th</sup> ed. San Diego: Academic Press: 272-294.

Kulminski, A., Ukraintseva, S., Kulminskaia, I., & Arbeev, K. (2008). Cumulative deficits better characterize susceptibility to death in elderly people than phenotypic frailty: lessons from cardiovascular health study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56 (5), 898-903.

Langlois, F., Vu, T., Chassé, K., Dupuis, G., Kergoat, M., & Bherer, L. (2012). Benefits of physical exercise training on cognition and quality of life in frail older adults. *Journals of Gerontology Series B. Psychological Sciences and Social Sciences*, 68 (3), 400-404.

Laureano, R. (2011). *Testes de hipóteses com o SPSS: o meu manual de consulta rápida* (2ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

Leite, M., Batisti, I., Berlezi, E., & Scheuer, A. (2008). Idosos residentes no meio urbano e sua rede de suporte familiar e social. *Texto & Contexto Enfermagem*, 17(2), 250-257 Doi: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71417205>.

Lippincott, W., & Wilkins. (2014). Frailty in the older adult. Will you recognize the signs? *The Nurse Practitioner*, 39 (3), 28-34 Doi:10.1097/01.NPR.0000443228.72357.96.

Lu, W., Benson, R., Glaser, K., Platts, L., Corna, L., Worts, D., McDonough, P., Gessa, G., Price, D., & Scker, A. (2017). Relationship between employment histories and frailty trajectories in later life: evidence from the english longitudinal study of ageing. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 71, 439-445 Doi: 10.1136/jech-2016-297887.

Maia, C., Castro, F., Fonseca, A., & Fernández, M. (2016). A funcionalidade como determinante do envelhecimento ativo. *Revista de Psicologia*, 1(2), 229-236 Doi: <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2016.ne.v1.666>.

Maia, C., Castro, F., Fonseca, A., & Fernández, M. (2016). Redes de apoio social e de suporte social e envelhecimento ativo. *Revista de Psicologia*, 1(1), 293-303 Doi: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349851776033>.

Machado, I. (2017). *Identificação de pessoas idosas frágeis na comunidade*. Tese de mestrado apresentada à Universidade de Aveiro.

Marôco, J. & Bispo, R. (2003). *Estatística aplicada às ciências sociais e humanas*. Lisboa: Climepsi Editores.

Martins, C. (2011). *Manual de Análise de Dados Quantitativos com recurso ao IBM SPSS: Saber decidir, fazer, interpretar e redigir*: Psiquilíbrios Edições.

Martins, R. (2005). A relevância do apoio social na velhice. *Journal of Education, Technologies and Health*, 31(10), 128-134.

Mitnitski, A., Mogilner, A., & Rockwood, K. (2001). Accumulation of Deficits as a Proxy Measure of Aging. *The Scientific World Journal*, 1, 323-336. <https://doi.org/10.1100/tsw.2001.58>.

Mitnitski, A., Howlett, S., & Rockwood, K. (2017). Heterogeneity of human aging and its assessment. *Journals of Gerontology: Biological Sciences*, 72(7), 877-884 Doi: 10.1093/gerona/glw089.

Morley, J., Vellas, B., Van Kan, G., Anker, S., Baheir, J., Bernabei, R., Cesari, M., Chumlea, W., Doehener, W., Evans, J., Fried, L., Guralnik, J., Katz, P., Malmstrom, T., McCarter, R., Robledo, L., Rockwood, K., Haehling, S., Vandewoud, M., Walston, J. (2013). Frailty Consensus: A Call to Action. *J Am Med Dir Assoc*. 14(6), 392–397 Doi:10.1016/j.jamda.2013.03.022.

Neri, A., & Vieira, L. (2013). Envolvimento social e suporte social percebido na velhice. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 16 (3), 419-432 Doi: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=403838813002>.

Oliveira, S., Santos, J., Lebrão, M., Duarte, Y., Pierin, A. (2008). Hipertensão arterial referida em mulheres idosas: Prevalência e fatores associados. *Texto Contexto Enferm*, 17 (2), 241-249.



- Paúl, C. (2005). Envelhecimento ativo e redes de suporte social. *Sociologia, Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, 15, 275-287.
- Pestana, M & Gageiro, J. (2008). *Análise de dados para as Ciências Sociais: a complementaridade do SPSS*, (6ªed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pin, S., & Spini, D. (2016). Impact of falling on social participation and social support trajectories in a middle-aged and elderly European sample. *Journal SSM Population Health*, 2, 382-389.
- Pinto, M., & Coutinho, S. (2014). Síndrome de fragilidade. *Revista de Psicologia*, 1 (2), 171-176.
- Puts, M., Toubasi, S., Andrew, M., Ashe, M., Ploeg, J., Atkinson, E., Ayala, A., Roy, A., Monforte, M., Bergman, H., & McGilton, K. (2017). Interventions to prevent or reduce the level of frailty in community-dwelling older adults: a scoping review of the literature and international policies. *Age and Ageing*, 46, 383–392 Doi: 10.1093/ageing/afw247.
- Rabelo & Neri (2005). Recursos psicológicos e ajustamento pessoal frente à incapacidade funcional na velhice. *Psicologia em Estudo*, 10 (3), 403-412.
- Remor, C., Bós, A., & Werlang, M. (2011). Características relacionadas ao perfil de fragilidade no idoso. *Scientia Medica*, 21 (3), 107-112.
- Rockwood, K., Mogilner, A., & Mitnitsky, A. (2004). Changes with age in the distribution of a frailty index. *Elsevier, Mechanisms of ageing and development*, 125 (7), 517-519 Doi: <https://doi.org/10.1016/j.mad.2004.05.003>.
- Rockwood, K., Andrew, M., & Mitnitsky, A. (2006). A comparison of two approaches to measuring frailty in elderly people. *The journal of Gerontology – Medical Sciences*, 62(7), 738-743 Doi: 10.1016/j.outlook.2009.09.005.

Rockwood, K., Song, X., Macknight, C., Bergman, H., Hogan, D., McDowell, I., & Mitnitsky, A. (2005). A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *Canadian Medical Association Journal*, 173 (5), 489-495.

Rockwood, k., & Mitnitsky, A. (2011). Frailty defined by deficit accumulation and geriatric medicine defined by frailty. *Clinics in Geriatric Medicine*, 27, 17-26 Doi: 10.1016/j.cger.2010.08.008.

Rockwood, K., & Mitnitski, A. (2011). How might deficit accumulation give rise to frailty? *In Promotion access to innovation and clinical research for frail old persons*. Workshop on Frailty scheduled for Athens, Greece.

Rodrigues, A., & Silva, A. (2013). A rede social e os tipos de apoio recebidos por idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 16 (1), 159-170.

Rodriguez-Mañas, L., Féart, C., Mann, G., Viña, J., Chatterji, S., Chodzko-Zajko, W., Harmand, M., Bergman, H., Carcaillon, L., Nicholson, C., Scuteri, A., Sinclair, A., Pelaez, M., Cammen, T., Beland, F., Bickenbach, J., Delamarche, P., Ferruci, L., Fried, L., Gutiérrez-Robledo, L., Rockwood, K., Artalejo, F., Serviddio, G., & Veja, E. (2013). Searching for na operational definition of frailty: A Delphi method based consensus statement. The Frailty Operative Definition-Consensus Conference Project. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 68 (1), 62–67 Doi: 10.1093/gerona/gls119.

Rosa, F., Cupertino, A., & Neri, A. (2009). Significados de velhice saudável e avaliações subjetivas de saúde e suporte social entre idosos recrutados na comunidade. *Geriatrics & Gerontologia*, 3 (2), 62-69.

Saenger, A., Caldas, C., & Motta, L. (2016). Adaptação transcultural para o Brasil do instrumento PRISMA-7: Avaliação das equivalências conceitual, de item e semântica. *Cad. Saúde Pública*, 32(9), 1-7 Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/6102-311X00072015>.

Salmazo-Silva, H., Lima-Silva, T., Barros, T., Oliveira, E., Ordonez, T., Carvalho, T., & Almeida, A. (2012). Vulnerabilidade na velhice: definição e intervenções no campo da Gerontologia. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 15 (6), 97-116.

Santos, P., Fernandes, M., Casotti, C., Coqueiro, R., & Carneiro, J. (2015). Perfil de fragilidade e fatores associados em idosos cadastrados em uma unidade de saúde da família. *Ciência & saúde Coletiva*, 6, 1917-1924 Doi: 10.1590/1413-81232015206.17232014.

Satuf, C., & Bernardo, N. (2015). Percepção do suporte social a idosos institucionalizados e não institucionalizados. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 23(1), 11-19.

Searle, S., Mitnitski, A., Gahbauer, E., Gill, T., & Rockwood, K. (2008). A standard procedure for creating a frailty index. *BioMedCentral Geriatrics*, 8 (24), 1-10 Doi: 10.1186/1471-2318-8-24.

Silva, H., Lima-Silva., Barros, T., Oliveira, E., Ordonez, T., Carvalho, G., & Almeida, E. (2012). Vulnerabilidade na velhice: a definição e intervenções no campo da Gerontologia. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 15 (6), 97-116 Doi: ISSN2176-901X.

Silva, S., Neri, A., Ferrioli, E., Lourenço, R., & Dias, R. (2016). Fenótipo de fragilidade: influência de cada item na determinação da fragilidade em idosos comunitários – Rede Fibra. *Ciência e Saúde Coletiva*, 21 (11), 3483-3492 Doi: 10.1590/1413-812320152111.23292015.

Souza, D., Berlese, D., Cunha, G., Cabral, S., & Santos, G. (2017). Análise da relação do suporte social e da síndrome de fragilidade em idosos. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 18 (2), 420-433 Doi: <http://dx.doi.org/10.15309/17psd180211>.

Stephoe, A., Shankar, A., Demakakos, P., & Wardle, J. (2013). Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *Proceedings of the National Academy of Sciences (PNAS)*, 110 (15), 5797-5801 Doi: [www.pnas.org/cgi/doi/10.1073/pnas.1219686110](http://www.pnas.org/cgi/doi/10.1073/pnas.1219686110).

Theou, O., Brothers, T., Rockwood, M., Haardt, D., Mitnitski, A., & Rockwood, K. (2013). Exploring the relationship between national economic indicators and relative fitness and frailty in middle-aged and older Europeans. *British Geriatrics Society*, 42, 614-619 Doi: 10.1093/ageing/aft010.

Theou, O., Walston, J., & Rockwood, K. (2015). Operationalizing Frailty Using the Frailty Phenotype and Deficit Accumulation Approaches. *Interdiscip Top Gerontol Geriatr.*, 41, 66–73 Doi: 10.1159/000381164.

Thoeber, E., Creutzberg, M., & Viegas, K. (2005). Nível de dependência de idosos e cuidados e cuidados no âmbito domiciliar. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58(4), 438-443.

White, A., Philogene, S., Fine, L., & Sinha, S. (2009). Social support and self-reported health status of older adults in the United States. *American Journal of Public Health*, 99(10), 1872-1878.

Woo, J., Goggins, W., Sham, A., & Ho, S. (2005). Social determinants of frailty. *Gerontology*, 51, 402-408 Doi: 10.1159/000088705.

Yang, Y., & Lee, L. (2010). Dynamics and heterogeneity in the process of human frailty and aging: evidence from the U.S. older adult population. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 2, 246-255. Doi: 10.1093/geronb/gbp102.

## **Webliografia**

<http://www.seg-social.pt/idosos>. Consultado a 22/10/2018

## **Anexos**



**Anexo I – Termo de aceitação da empresa de SAD Bem-Me-Quer**





## 1. TERMO DE ACEITAÇÃO DA EMPRESA DE SERVIÇOS DE APOIO DOMICILIÁRIO BEM-ME-QUER

Eu, Ana Margarida Alferes Santiago, aluna do curso de Mestrado em Gerontologia Social ministrado na Escola Superior de Educação de Coimbra, encontro-me a desenvolver um estudo cujo tema é *“Determinantes sociais e familiares da fragilidade na pessoa idosa”*. O objetivo principal do estudo consiste em analisar a correlação entre os determinantes sociais e familiares e a fragilidade da pessoa idosa em contexto domiciliário. Para o efeito, terei que aplicar aos participantes um questionário sociodemográfico bem como escalas de avaliação específicas, designadamente para rastrear e analisar a condição de fragilidade, avaliar o suporte social e familiar recebido e avaliar a condição familiar, social, económica, habitacional bem como as redes de suporte. A recolha de dados terá o seu início no mês de Abril e o seu término, previsivelmente, no mês de Junho.

Toda a informação recolhida é de natureza confidencial, certificando de que todos os dados recolhidos serão para uso exclusivo desta investigação, tendo o participante o direito de não responder a questões que considere de carácter pessoal. Em qualquer momento do decurso da investigação, o participante tem o direito de desistir, sendo respeitada a sua decisão.

Declaro que tomei conhecimento do objetivo do estudo, recebi a informação necessária, ficando esclarecida e aceito que se proceda o referido estudo na empresa de Serviços de Apoio Domiciliário Bem-me-Quer, na qual exerço funções de Direção Técnica.

09/03/2018

Assinatura da Diretora Técnica: Gabriela Verdade  
(Gabriela Verdade)



**Anexo II – Termo de consentimento informado dos participantes do estudo**



## 2. CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, Ana Margarida Alferes Santiago, aluna do curso de Mestrado em Gerontologia Social ministrado na Escola Superior de Educação de Coimbra, encontro-me a desenvolver um estudo cujo tema é *“Determinantes sociais e familiares da fragilidade na pessoa idosa”*. Este estudo tem como objetivo principal analisar a correlação entre os determinantes sociais e familiares e a fragilidade da pessoa idosa em contexto domiciliário. Para o efeito, terei que aplicar um questionário sociodemográfico bem como escalas de avaliação específicas, designadamente para rastrear e analisar a condição de fragilidade, avaliar o suporte social e familiar recebido e avaliar a condição familiar, social, económica, habitacional bem como as redes de suporte.

Toda a informação recolhida é de natureza confidencial, certificando de que todos os dados recolhidos serão para uso exclusivo desta investigação, tendo o participante o direito de não responder a questões que considere de carácter pessoal. Em qualquer momento do decurso da investigação, o participante tem o direito de desistir, sendo respeitada a sua decisão.

Declaro que tomei conhecimento do objetivo do estudo, recebi a informação necessária, ficando esclarecido(a) e aceito participar de forma voluntária. Autorizo igualmente que os resultados sejam incluídos numa base de dados para posterior análise e tratamento.

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do (a) participante: \_\_\_\_\_



**Anexo III – Parecer Comissão de Ética da UICISA: E da Escola Superior de  
Enfermagem Coimbra**





## COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem** (UICISA: E)

da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESENfC)

**Parecer Nº 484\_03-2018**

**Título do Projecto:** Determinantes sociais e familiares da fragilidade da pessoa idosa.

### Identificação do Proponente

Nome(s): Ana Margarida Alferes Santiago

Filiação Institucional: Escola Superior de Educação de Coimbra (ESEC)

Investigador Responsável/Orientador: Prof.<sup>a</sup> Doutora Filipa Daniela Correia Marques e  
Prof. Doutor João Paulo Tavares

**Relator:** Rogério Manuel Clemente Rodrigues

### Parecer

A proponente propõe-se desenvolver, no âmbito de Curso de Mestrado em Gerontologia Social ministrado na Escola Superior de Educação de Coimbra, estudo, com o objectivo geral de *"Analisar a correlação entre os determinantes sociais e familiares e a fragilidade da pessoa idosa em contexto domiciliário."* Apresenta como objectivos específicos: *"Analisar a prevalência da fragilidade em pessoas idosas no contexto domiciliário; Identificar os determinantes sociais e familiares da fragilidade em pessoas idosas no contexto domiciliário; Determinar a correlação entre os determinantes sociais e familiares e a fragilidade das pessoas idosas no contexto domiciliário"*.

O estudo é definido como *"de natureza quantitativa, não experimental do tipo correlacional-descritivo."*

Os participantes serão pessoas residentes na comunidade, com idade igual ou superior a 65 anos e que *"beneficiem de Serviço de Apoio Domiciliário (SAD)"* proporcionado pela empresa de serviços de apoio domiciliário *"Bem-me-quer"*. É apresentada cópia de autorização da referida empresa.

Com base nos documentos apresentados:

- Estão definidos os critérios de inclusão;
- É garantida a participação livre, voluntária e informada dos participantes;
- É garantida a confidencialidade dos dados recolhidos;
- Os instrumentos de recolha de dados são apresentados;
- Não são identificados danos, ou custos, para os participantes.

Pelo exposto o parecer da Comissão de Ética da UICISA-E é favorável ao estudo tal como apresentado.

O relator:



Data: 18/04/2018 A Presidente da Comissão de Ética: 



## **Anexo IV - Questionário Sociodemográfico**



# Questionário sociodemográfico

Este questionário destina-se a caracterizar a sua situação social e demográfica para efeitos da investigação do Curso de Mestrado em Gerontologia Social cujo tema é os “Determinantes sociais e familiares da fragilidade na pessoa idosa”.

1.

## Identificação do participante

---

2.

## Forma de administração do questionário

*Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Auto-administrado
- ☐ Assistido pelo entrevistador
- ☐ Administrado pelo entrevistador

3.

## Idade

*Marcar apenas uma oval.*

- ☐ 65 a 69
- ☐ 70 a 74
- ☐ 75 a 79
- ☐ 80 a 84
- ☐ 85 a 89

4.

## Género

*Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Feminino
- ☐ Masculino

5.

## Estado civil

*Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Solteiro
- ☐ União de facto
- ☐ Separado
- ☐ Casado
- ☐ Divorciado
- ☐ Viúvo

6.

**Número de filhos**

*Marcar apenas uma oval.*

- ☐ 1 filho
- ☐ 2 filhos
- ☐ 3 filhos
- ☐ Mais de 3 filhos

7.

**Escolaridade/Habilitações académicas**

*Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Não sabe ler nem escrever
- ☐ Sabe ler e escrever
- ☐ 1º - 4º anos
- ☐ 5º - 6º anos
- ☐ 7º - 9º anos
- ☐ 10º - 12º anos
- ☐ Curso técnico-profissional
- ☐ Bacharelato
- ☐ Licenciatura
- ☐ Formação pós-graduada
- ☐ Mestrado
- ☐ Doutoramento

8.

**Profissão que exerceu**

*Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Nenhuma
- ☐ Limpezas
- ☐ Costura/Moda
- ☐ Restauração/Hotelaria
- ☐ Agricultura/Pesca/Floresta
- ☐ Indústria/Operário
- ☐ Comércio/Vendas
- ☐ Administrativo
- ☐ Serviços pessoais/Segurança/Proteção
- ☐ Serviços de saúde
- ☐ Ensino/Educação
- ☐ Artes

9.

**Composição do agregado familiar**

*Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Vive sozinho
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ Mais de 3

10.

**Grau de parentesco**

*Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Cônjuge
- ☐ Filho (a)
- ☐ Nora
- ☐ Genro
- ☐ Neto
- ☐ Bisneto
- ☐ Sobrinho
- ☐ Primo
- ☐ Outros

11.

**Contexto de residência**

*Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Urbano
- ☐ Rural

12.

**Tipo de Habitação**

*Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Apartamento / andar
- ☐ Casa unifamiliar
- ☐ Parte de casa
- ☐ Alojamento coletivo / casa de dormidas
- ☐ Barracas

**Chegou ao fim o questionário.**

Obrigada pela sua participação!

---

Powered by







## **Anexo V – Escala de Gijón**



# Escala de Gijón

Objetivo: Avaliar as condições social, familiar, económica, habitacional e as redes de suporte

1.

## Identificação do participante

---

2.

## Situação familiar

*Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Vive com a família sem dependência física/psíquica
- ☐ Vive com o cônjuge com idade similar
- ☐ Vive com a família e/ou cônjuge com algum grau de dependência
- ☐ Vive sozinho mas tem filhos próximos
- ☐ Vive sozinho sem filhos

3.

## Situação económica

*Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Mais de 2 salários mínimos
- ☐ De 2 salários mínimos até 1 salário mínimo
- ☐ Desde ao salário mínimo até à pensão do sistema contributivo
- ☐ Desde a pensão do sistema contributivo até à pensão social

4.

## Habitação

*Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Adequada às necessidades
- ☐ Barreiras arquitetónicas na casa ou na entrada principal de acesso à habitação (degraus de escadas, portas estreitas, banheira...)
- ☐ Humidade, fracas condições de higiene, equipamento inadequado (casa de banho incompleta, ausência de água quente e de aquecimento)
- ☐ Habitação inadequado (barracas, habitação em ruínas, ausência de equipamento mínimos)

5.

**Relações sociais**

*Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Relações sociais
- ☐ Relações sociais só com a família e com os vizinhos
- ☐ Relações sociais só com a família ou vizinhos
- ☐ Não sai do domicílio, mas recebe visitas
- ☐ Não sai do domicílio nem recebe visitas

6.

**Apoio de Rede Social**

*Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Com apoio familiar ou de vizinhos
- ☐ Voluntariado social, ajuda domiciliária
- ☐ Pendente de ingresso numa instituição geriátrica
- ☐ Tem cuidados permanentes
- ☐ Não tem apoio

**Fim**

Obrigada pela sua participação!

---

Powered by



## **Anexo VI – Mapa Mínimo de Relações do Idoso**

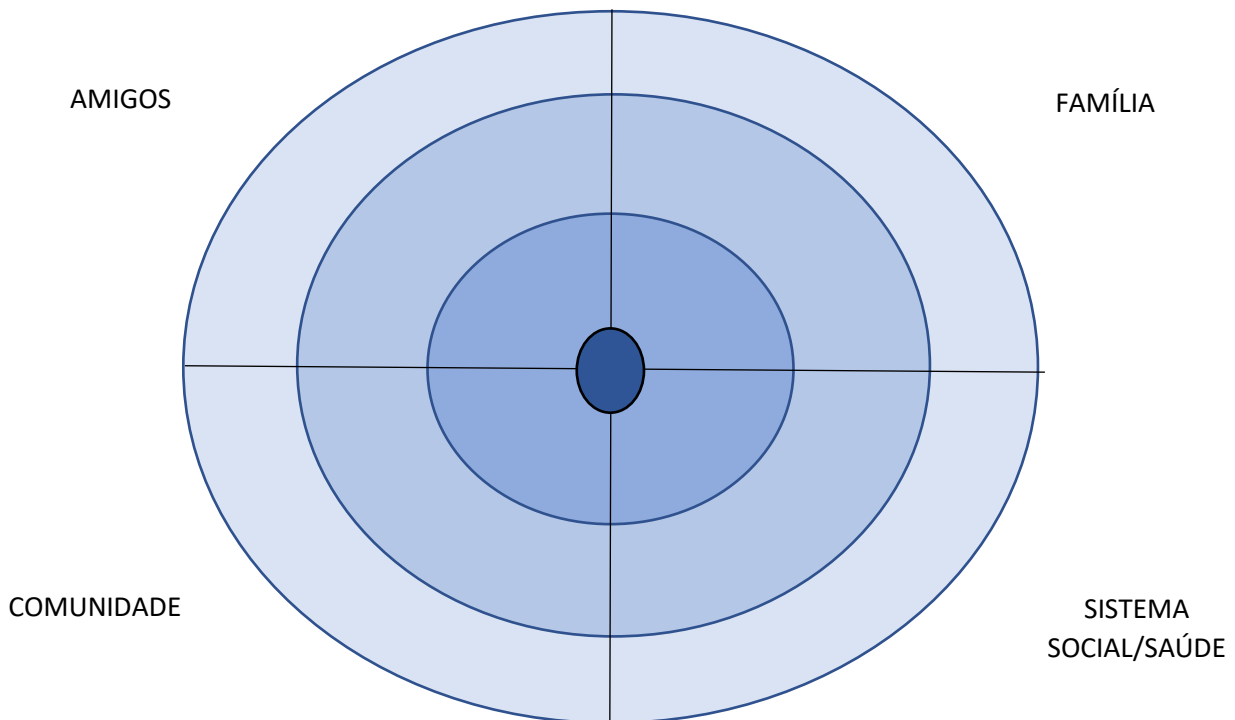


## MAPA MÍNIMO DE RELAÇÕES DO IDOSO

(MMRI)

**Objetivo do instrumento:** avaliar o suporte social recebido pela pessoa idosa, ou seja, identifica os relacionamentos significativos para o indivíduo, avalia o tamanho da rede de suporte social, caracteriza a natureza da relação (amigos, membros da família, da comunidade, dos serviços sociais e de saúde), a frequência de contactos e o suporte percebido referente a cinco funções: visita, companhia, cuidados de casa, cuidados pessoais, e suporte financeiro (Domingues, 2000).

**Nome do participante:** \_\_\_\_\_



Fonte: Adaptado de Slusky por Domingues (2000)

LEGENDA

---

---

---

---

---

## OPERACIONALIZAÇÃO DO INSTRUMENTO

(Domingues, 2012 *in* Pereira, 2012)

### Abreviações/símbolos:

Amigos e sistemas de saúde	Família	Comunidade
•	eo– esposo	cc-membros de centro de convivência
	ea-esposa	cl-membros de clubes de lazer ou serviço
	fa-filha	gr- membros de grupos religiosos
	fo-filho	gt- membros de grupos de terceira idade
	ia-irmã	ed- empregada doméstica
	na-neta	ps- prestadores de serviços
	no-neto	vi-vizinhos
	o-outros	o-outros

### Funções:

- 1- Visita
- 2- Companhia
- 3- Auxílio para atividades domésticas
- 4- Auxílio para cuidados pessoais
- 5- Auxílio financeiro

### Frequência de contactos:

1º círculo – 1 vez por semana / FREQUENTEMENTE

2º Círculo – 1 vez por mês / POUCO FREQUENTE

3º Círculo – 1 vez por ano / RARAMENTE

### Perguntas a serem formuladas:

1. Quais as pessoas que o (a) visitam pelo menos uma vez por semana (frequentemente)?
  - 1.1. Além da(s) pessoa(s) já mencionada(s), quais as outras pessoas que o visitam pelo menos uma vez por mês (pouco frequentemente)?
  - 1.2. Além da(s) pessoa(s) já mencionada(s), quais as outras pessoas que o visitam pelo menos uma vez por ano (raramente)?



2. Com quem o(a) senhor(a) pode contar, se desejar ou precisar, para lhe fazer companhia pelo menos uma vez por semana (frequentemente)?
  - 2.1. Além da(s) pessoa(s) já mencionada(s), quais as outras pessoas que lhe fazem companhia pelo menos uma vez por mês (pouco frequentemente)?
  - 2.2. Além da(s) pessoa(s) já mencionada(s), quais as outras pessoas que lhe fazem companhia pelo menos uma vez por ano (raramente)?
3. A quem o(a) senhor (a) recorre ou recorreria se precisar de ajuda para cuidar das coisas de casa, como por exemplo, arrumar, limpar, cozinhar ou fazer compras, pelo menos uma vez por semana (frequentemente)?
  - 3.1. Além da(s) pessoa(s) já mencionada(s), quais as outras pessoas a quem o(a) senhor(a) recorre ou recorreria se precisar de ajuda para cuidar das coisas da casa, como por exemplo, arrumar, limpar. Cozinhar ou fazer compras, pelo menos uma vez por mês (pouco frequentemente)?
  - 3.2. Além da(s) pessoa(s) já mencionada(s), quais as outras pessoas a quem o(a) senhor(a) recorre ou recorreria se precisar de ajuda para cuidar das coisas da casa, como por exemplo, arrumar, limpar, cozinhar ou fazer compras, pelo menos uma vez por ano (raramente)?
4. A quem o(a) senhor(a) recorre ou recorreria se precisar de ajuda para cuidados pessoais, como por exemplo, trocar de roupa, tomar banho, comer, se levantar ou se deitar, pelo menos uma vez por semana (frequentemente)?
  - 4.1. Além da(s) pessoa(s) já mencionada(s), quais as outras pessoas a quem o(a) senhor(a) recorre ou recorreria se precisar de ajuda para cuidados pessoais, como por exemplo, trocar de roupa, tomar banho, comer, se levantar ou se deitar pelo menos uma vez por mês (pouco frequentemente)?
  - 4.2. Além da(s) pessoa(s) já mencionada(s), quais as outras pessoas a quem o(a) senhor(a) recorre ou recorreria se precisar de ajuda para cuidados pessoais, como por exemplo, trocar de roupa, tomar banho, comer, se levantar ou se deitar, pelo menos uma vez por ano (raramente)?
5. Quem ajuda ou ajudaria o(a) senhor(a) financeiramente se precisar de auxílio para pagar a renda da sua casa, pagar uma conta, comprar remédio, comida, etc., pelo menos uma vez por semana (frequentemente)?
  - 5.1. Além da(s) pessoa(s) já mencionada(s), quais as outras pessoas a quem o(a) senhor(a) recorre ou recorreria se precisar de ajuda financeira, como por exemplo, auxílio para pagar a renda da sua casa, pagar uma conta, comprar remédio, comida, etc., pelo menos uma vez por mês (pouco frequentemente)?
  - 5.2. Além da(s) pessoa(s) já mencionada(s), quais as outras pessoas a quem o(a) senhor(a) recorre ou recorreria se precisar de ajuda financeira, como por exemplo, auxílio para pagar a renda da sua casa, pagar uma conta, comprar remédio, comida, etc., pelo menos uma vez por ano (raramente)?

### **Bibliografia**

Domingues, M. (2012). Mapa Mínimo de Relações do Idoso: uma ferramenta para avaliar rede de suporte social. *In* Pereira, F. (2012). *Teoria e Prática da Gerontologia. Um guia para cuidadores de idosos* (coord.). PsicoSoma: Viseu

## **Anexo VII – Questionário PRISMA 7**



# Questionário PRISMA 7

Objetivo: Rastrear a fragilidade da pessoa idosa residente na comunidade

1.

**Identificação do participante**

---

2.

**Tem mais de 85 anos?**

*Marcar apenas uma oval.*

☐ Sim

☐ Não

3.

**Gênero**

*Marcar apenas uma oval.*

☐ Feminino

☐ Masculino

4.

**No geral, tem alguns problemas de saúde que limitem as suas atividades?**

*Marcar apenas uma oval.*

☐ Sim

☐ Não

5.

**Precisa de alguém que o/a ajude nas Atividades Básicas de Vida Diária?**

*Marcar apenas uma oval.*

☐ Sim

☐ Não

6.

**No geral, tem alguns problemas de saúde que tenha que ficar em casa?**

*Marcar apenas uma oval.*

☐ Sim

☐ Não

7.

**Em caso de necessidade, pode contar com alguém próximo de si?**

*Marcar apenas uma oval.*

☐ Sim

☐ Não

8.

**Usa regularmente uma bengala, andarilho ou cadeira de rodas para se deslocar?**

*Marcar apenas uma oval.*

☐ Sim

☐ Não

**Fim**

Obrigada pela sua participação!

---

Powered by



## **Anexo VIII – Índice de Fragilidade de Rockwood**





# Índice de Fragilidade de Rockwood

Objetivo: Avaliar a fragilidade na pessoa idosa com base em défices acumulados.

## Ajuda no banho

☐ Sim

☐ Não

## Ajuda a vestir

☐ Sim

☐ Não

## Ajuda para sentar-se ou levantar-se da cadeira

☐ Sim

☐ Não

## Levantar-se ou deitar-se na cama

☐ Sim

☐ Não



Ajuda para andar à volta da casa

☐ Sim

☐ Não

Ajuda para comer

☐ Sim

☐ Não

Ajuda na higiene pessoal

☐ Sim

☐ Não

Ajuda para usar a sanita

☐ Sim

☐ Não

Ajuda para subir ou descer escadas

☐ Sim

☐ Não

Ajuda nas tarefas domésticas

☐ Sim

☐ Não



Ajuda na preparação das refeições

☐ Sim

☐ Não

Ajuda na toma da medicação

☐ Sim

☐ Não

Realizar chamadas telefónicas

☐ Sim

☐ Não

Ajuda com as finanças e gerir o dinheiro

☐ Sim

☐ Não

Limitação nas atividades

☐ Sim

☐ Não

Tem ficado na cama pelo menos metade do dia devido a problemas de saúde, no último mês?

☐ Sim

☐ Não



Reduziu as suas atividades usuais, no ultimo mês?

☐ Sim

☐ Não

Caminhar/andar no exterior?

☐ Sim

☐ Não

Sente que tudo é um esforço?

☐ Sim

☐ Não

Sente-se deprimido?

☐ Sim

☐ Não

Sente-se feliz?

☐ Sim

☐ Não

Sente-se sozinho?

☐ Sim

☐ Não



### Ocorrência de AVC

☐ Sim

☐ Não

### Cancro

☐ Sim

☐ Não

### Diabetes

☐ Sim

☐ Não

### Artrite/reumatismo

Escolher ▼

### Ocorrência de ataque cardíaco

☐ Sim

☐ Não

### Tensão arterial alta

☐ Sim

☐ Não



## Doenças crónicas

☐ Sim

☐ Não

## Quedas no último ano

☐ Sim

☐ Não

**PRÓXIMA**

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google. Denunciar abuso - Termos de Serviço - Termos Adicionais

Google Formulários

